

Ilina Hytönen & Maiju Kormanen

Semisti säröillä

Nuorten aikuisten kokemuksia lapsuuden perheen merkityksestä ja
kouluterveydenhoitajalta saamastaan tuesta mielenterveysongelmiinsa

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Terveydenhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Terveystenhoitaja (AMK)

Tekijät: Iina Hytönen & Maija Kormanen

Työn nimi: Semisti säröillä – Nuorten aikuisten kokemuksia lapsuuden perheen merkityksestä ja kouluterveydenhoitajalta saamastaan tuesta mielenterveysongelmiinsa

Ohjaajat: Katriina Kuhalampi, THM & Marja Toukola, THM

Vuosi: 2016 Sivumäärä: 51 Liitteiden lukumäärä: 6

Opinnäytetyön tavoite oli antaa kouluterveydenhoitajille tietoa siitä, millaiset asiat voivat nuoren kotona vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja kuinka kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä ja tarjota apuaan nuorelle. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, kuinka nuoret aikuiset, jotka kärsivät mielenterveysongelmista 12–18-vuotiaina, kokevat lapsuuden perheensä merkinneen heidän mielenterveysongelmiinsa, sekä millaiseksi he kokevat kouluterveydenhoitajalta saamansa avun. Opinnäytetyö oli osa Etelä-Pohjanmaan korkeakouluyhdistyksen ja professori Leena Koivusillan lasten ja nuorten terveyden edistämisen tutkimushanketta. Opinnäytetyön tutkimus tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin viittä 18-21-vuotiasta nuorta aikuista haastatteleamalla. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Suurin osa haastatelluista koki lapsuuden perheellä olleen merkitystä heidän mielenterveysongelmiinsa. Haastatellut nostivat esiin huonot välit vanhempiin ja kotona tapahtuneet traumaattiset kokemukset. Näiden asioiden vuoksi lapsuuden kodin tunnelma ja sen herättämät tunteet koettiin usein negatiivisiksi. Haastatelluista suurin osa koki kouluterveydenhoitajan ottaneen heidän ongelmansa vakavasti ja oli tyytyväinen saamaansa apuun. Haastatellut kertoivat kaivanneensa kouluterveydenhoitajalta enemmän kuuntelemista, keskusteluapua ja varhaisempaa psykologille lähettämistä. Kaikki haastatelluista olivat sitä mieltä, ettei mielenterveysongelmiin ja niiden seulontaan keskitytä tarpeeksi terveystarkastuksissa ja vastaanottokäynneillä.

Kokemukset viittasivat siihen, että lapsuuden perheellä on merkitystä nuoren mielenterveysongelmiin. Kokemukset kertoivat myös, että nuorten mielenterveysasioihin tulisi keskittyä enemmän kouluterveydenhuollossa. Opinnäytetyön toivotaan antavan apua kouluterveydenhoitajille mielenterveysongelmista kärsivää nuorta kohdattaessa ja ongelmia tunnistettaessa.

Avainsanat: nuoret, mielenterveys, mielenterveysongelma, lapsuuden perhe, kouluterveydenhoitaja

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Public Health Nurse

Authors: Iina Hytönen & Maiju Kormanen

Title of thesis: The experiences of young adults about the significance of childhood family and of the support they got from the school nurse for their mental health problems

Supervisors: Katriina Kuhalampi, MNSc & Marja Toukola, MNSc

Year: 2016 Number of pages: 51 Number of appendices: 6

The objective of this thesis was to provide information to school nurses about what kind of matters at home can affect the mental health of an adolescent and how the school nurse should approach the individual and offer help. The purpose of this thesis was to investigate how young adults, who suffered from mental health problems between 12 and 18 years of age, experience their childhood families' effect on their mental health problems and how they experience the help they received from a school nurse. This thesis was part of the University Association of South Ostrobothnia and Professor Leena Koivusilta's research project to promote the health of adolescents. The research of this thesis was conducted by using qualitative research. The material was gathered by the means of a theme-centered interview from five young adults between 18 and 21 years of age. The results were analyzed with content analysis.

The majority of the interviewees experienced their childhood families as being influential on their mental health problems. The interviews brought up bad parental relationships and traumatic experiences that happened at home. Due to these matters, the atmosphere of childhood home and the feelings it brought up were often felt as negative. Most interviewees felt that the school nurse took their problems seriously and they were pleased with the help they received. However, the interviewees expressed that they would have liked the school nurse to listen to them more, to provide more conversational aid and earlier referral to a psychologist. All interviewees agreed that not enough attention is paid to mental health problems and their screening during health checks and health visits.

The experiences indicated that the childhood family has an effect on the mental health problems of an adolescent. The experiences also told that more care should be paid to mental health matters of the youth in school health care. It is hoped that the thesis will help school nurses when meeting an adolescent with mental health problems and while they are identifying the problems.

Keywords: adolescents, mental health, mental health problem, childhood family, school nurse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 PERHEEN MERKITYS MIELENTERVEYSONGELMIIN	7
2.1 Lapsen, nuoren ja perheen määritelmä	7
2.2 Perheen ja kodin rooli nuorten mielenterveysongelmissa	7
2.3 Perheväkivalta ja lapsen laiminlyönti	9
2.4 Seksuaalinen hyväksikäyttö	10
2.5 Vanhemman runsas alkoholinkäyttö	11
2.6 Perheiden terveyserot ja eriarvoisuus	12
3 NUORTEN AIKUISTEN ILMOITTAMAT	
MIELENTERVEYSONGELMAT	14
3.1 Masennus	14
3.2 Ahdistuneisuushäiriöt.....	15
3.3 Dissosiaatiohäiriö.....	18
3.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	19
3.5 Itsetuhoisuus.....	20
4 KOULUTERVEYDENHOITAJA NUORTEN	
MIELENTERVEYSONGELMIEN KARTOITTAJANA.....	22
4.1 Kouluterveysdenhuolto	22
4.2 Kouluterveysdenhoitaja ja mielenterveyden kartoituskeinot	23
4.3 Kouluterveysdenhoitajien kokemuksia työskentelystä nuorten mielenterveysongelmien parissa	24
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	27
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
6.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	28
6.2 Opinnäytetyön toteutusvaiheet.....	30
7 HAASTATTELUJEN TULOKSET	33

7.1 Taustatietoa haastatelluista	33
7.2 Nuorten mielenterveysongelmiin merkitsevät asiat lapsuuden perheessä	34
7.3 Kouluterveydenhoitajalta nuoruudessa saatu tuki.....	36
7.4 Kouluterveydenhoitajan lähestymiskeinot ja avun tarjoaminen	38
8 POHDINTA	40
8.1 Opinnäytetyön johtopäätökset.....	40
8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	41
8.3 Jatkotutkimusaiheet	43
8.4 Omat oppimiskokemukset.....	43
LÄHTEET	46
LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Mielenterveydenhäiriöt ovat Suomessa tavallisimpia koululaisten terveysongelmia. Eri tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöstä kärsii noin 20–25 prosenttia nuorista. Laajoissa väestötutkimuksissa on selvinnyt noin puolien aikuisiän mielenterveyshäiriöiden alkaneen ennen 14 vuoden ikää ja noin kolme neljästä ennen 24 vuoden ikää. (Marttunen ym. 2013.)

Lapsuuden tapahtumat, sosiaaliset suhteet sekä fyysinen ja psyykkinen kehitys ovat pohjana nuoruuden hyvinvoinnille. Lapsuudessa ja nuoruudessa tapahtuvaan fyysiseen ja psyykkiseen kehitykseen vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi kulttuuri ja ympäristö. Varsinkin lapsuuden perheellä on suuri merkitys nuoren kasvuun ja kehitykseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 13.10.2014.)

Kouluterveydenhoitaja kuuluu koululaisen ja opiskelijan hyvinvoinnista vastaavaan kokonaisuuteen muiden ammattihenkilöiden, kuten koululääkärin, koulupsykologin ja kuraattorin ohella. Näiden kaikkien yhteistyötä tarvitaan lapsen ja nuoren mielenterveyden seurantaan ja edistämiseen. Kouluterveydenhuolto on oppilaille luonteva läheltä löytyvä palvelu lievien ja keskivaiheiden häiriöiden tunnistamiseen sekä ehkäisyyn. (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröjd 2010.)

Opinnäytetyön tavoite on antaa kouluterveydenhoitajille tietoa siitä, millaiset asiat voivat nuoren kotona vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja kuinka kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä ja tarjota apuaan nuorelle. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, kuinka nuoret aikuiset, jotka kärsivät mielenterveysongelmista 12–18-vuotiaina, kokevat lapsuuden perheensä merkinneen heidän mielenterveysongelmiinsa, sekä millaiseksi he kokevat kouluterveydenhoitajalta saamansa avun.

Nuorilta aikuisilta saatu palaute kouluterveydenhoitajien toiminnasta auttaa huomaamaan, missä toimintatavoissa on parantamisen varaa. Haastateltavilta toivottiin palautetta siitä, kuinka he itse olisivat toivoneet heitä lähestyttävän terveydenhoitajan taholta ja millaista tukea he olisivat halunneet.

2 PERHEEN MERKITYS MIELENTERVEYSONGELMIIN

2.1 Lapsen, nuoren ja perheen määritelmä

Yleissopimuksessa lapsen oikeuksista (L 31.5.1991/1129, 1. osa, 1 artikla) lapsi määritellään alle 18-vuotiaana henkilönä. Tässä opinnäytetyössä lapsella tarkoitetaan alle 12-vuotiasta henkilöä, sillä se usein mainitaan kontekstissa, jossa mukana ovat myös lapsuuden perhe ja sen merkitys nuoreksi kasvavan lapsen mielenterveysongelmiin.

Arkielämässä nuoruudella kuvataan lapsuuden ja aikuisuuden välissä olevaa ikävaihetta. Nuoruus on yksilöllinen käsite. Sama henkilö voi eri yhteyksissä olla lapsi, nuori tai aikuinen. Nuoruuden ikämääritykset ovat erilaisia myös lainsäädännössä ja erilaisissa tutkimuksissa. (Koste 2014.) Nuorisolain (L 27.1.2006/72, 1 luku, 2 §) määritelmässä nuorella tarkoitetaan alle 29-vuotiasta henkilöä. Tässä opinnäytetyössä nuorella tarkoitetaan teini-ikäistä eli 13-19-vuotiasta henkilöä. Nuorella aikuisella tarkoitetaan tähän opinnäytetyöhön haastateltuja henkilöitä, jotka ovat iältään 18-21-vuotiaita.

Yleissopimuksessa lapsen oikeuksista (L 31.5.1991/1129) perhe on yhteiskunnan perusrhmä, ja sen kaikkien jäsenten, erityisesti lasten kasvun ja hyvinvoinnin, luontainen ympäristö. Se on oikeutettu saamaan tarvitsemaansa apua niin, että se kykenee hoitamaan velvollisuutensa yhteiskunnassa.

Suomen laissa esimerkiksi lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta (L 20.12.1996/1128, 2 §) yhteydessä määritellään perhe seuraavasti: yhteistaloudessa elävien vanhempien ja muiden huoltajien sekä vanhemman tai muun huoltajan kanssa yhteistaloudessa, avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa elävä henkilö alaikäisine lapsineen.

2.2 Perheen ja kodin rooli nuorten mielenterveysongelmissa

Terveyden edistäminen ja kehitysympäristöjen toiminta liittyvät olennaisesti toisiinsa. Kodin suhteen se tarkoittaa sitä, että perheillä on mahdollisuudet riittävään

toimeentuloon, ruokaan, vaatteisiin ja turvattuun asuntoon sekä myös turvalliseen asuinympäristöön. Esimerkiksi lamatutkimuksista tiedetään, että näiden perusedellytysten ollessa uhattuna horjuvat perheen ihmissuhteet ja vanhemmuus. Vanhempien tuki, ohjaus ja valvonta ovat erittäin tärkeitä nuoruusikäisille, ja jos ne ovat puutteelliset, heijastuu se nuorten hyvinvointiin ja mielenterveyteen. (Solantaus 2010.)

Psykiatriset häiriöt vaikuttavat kykyyn ajatella, tuntea ja toimia sekä kykyyn ja haluun olla kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa. Perheenjäsenen mielenterveysongelmat tulevat aina osaksi koko perheen elämää. Lasten ja nuorten kehitys ja hyvinvointi ovat riippuvaisia suhteista vanhempiin, vanhemmuuden toteutumisesta sekä perheen toiminnasta ja ilmapiiristä. Vanhemman mielenterveysongelmat muodostavat yhden suurimmista taustatekijöistä lasten ja nuorten psykiatrisissa häiriöissä. (Solantaus & Paavonen 2009.)

British Journal of School Nursing –lehden (Membride, McFadyen & Atkinson 2015) tutkimusartikkelin mukaan pääsyy lasten mielenterveysongelmiin on vanhempien mielenterveyden heikentyminen. Lisäksi ongelmia aiheutui lapsen puutteellisista vertaissuhteista, hyväksikäytöstä, perheväkivallasta ja kouluympäristöstä. Alakoululaisten mielenterveysongelmien ilmoitettiin ilmenevän lähinnä käytösongelmina, huonona itsetuntona ja syömisongelmina. Yläkoululaisten psyykkisiin oireisiin liittyvät olennaisimpana itsetuhoisuus, itsemurha-ajatukset, syömishäiriöt, stressi, ahdistus, masennus ja käytösongelmat.

Lapsen ongelmatilanteiden ja häiriöiden selvittäminen tulisi aloittaa perhetasolta, koska usein lapsen hyvinvointi- ja terveysongelmat ovat lähtöisin perheestä ja sen kriiseistä (Mäenpää, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2008). Kinnusen, Laukkasen ja Kylmän (2010) tekemä tutkimus osoitti, että nuorten ja vanhempien väliset suhteet ovat merkittävä asia nuoren mielenterveyden muodostumisessa. Tyttöjen ja äitien välisissä suhteissa ilmenevä luottamuksellisuuden, lämmön ja kunnioituksen puute, välinpitämättömyys sekä riitaisuus olivat yhteydessä pelko-oireisiin. Välinpitämättömyys ja luottamuksellisuuden puute olivat kytköksissä myös paranoidisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa. Tytöillä riitainen isäsuhde oli yhteydessä 24-vuotiaana ilmenneeseen vihamielisyyteen. Pojilla riitainen suhde

äitiin oli yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin sekä vihamielisyyteen ja isäsuhteen riittäisyys psykosomaattisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa.

2.3 Perheväkivalta ja lapsen laiminlyönti

Fyysinen väkivalta tarkoittaa toimintaa, jonka vuoksi lapselle aiheutuu kipua sekä tilapäisiä tai pysyviä fyysisen toiminnan hankaluuksia. Näitä esimerkiksi ovat mustelmat, pään vammat, sisäiset vammat, palovammat, murtumat, ja viiltelyhaavat. Usein ne ovat pysyviä, kuten arpia, kipua tai jonkinlainen neurologinen poikkeavuus. Seurauksena voi olla jopa lapselle koitua kuolema. Fyysistä pahoinpitelyä ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen, kuristaminen, hiuksista repiminen ja tupakalla polttaminen. Henkinen väkivalta tarkoittaa pelottavaa uhkaamista, vähättelemistä, naurunalaiseksi tekemistä, nöyryyttämistä ja muuta lapseen kohdistuvaa psykologista uhkaa, joka voi aiheuttaa lapsen henkisen hyvinvoinnin ja kehityksen vaarantumisen. Fyysiseen väkivaltaan liittyy aina henkinen väkivalta. Se sisältyy myös aina seksuaaliseen hyväksikäyttämiseen ja laiminlyömiseen. (Paavilainen & Flinck 2008.)

Laiminlyönti on moninainen ilmiö, jolle ei ole olemassa yhtenäistä määritelmää. Lasten laiminlyönnillä tarkoitetaan puutteellista hoitoa tai huolenpitoa, jolloin lapsen perustarpeista huolehtiminen on puutteellista fyysisesti tai emotionaalisesti. Tällöin lapsen kokonaisvaltainen kehittyminen ei edisty parhaalla mahdollisella tavalla. Laiminlyödyillä lapsilla on todettu olevan jopa enemmän ongelmia kuin fyysisesti pahoinpidellyillä. (Paavilainen & Flinck 2008.)

Lepistön ja Paavilaisen (2010) tutkimuksen mukaan perheväkivalta nuorten kokemana käsitti väkivaltaa äidin, isän, isäpuolen, sisarusten tai isoäidin taholta ja vanhempien keskinäistä väkivaltaa. Perheväkivallaksi nuoret kuvasivat kodin painostavan ilmapiirin, pelon kanssa elämisen ja uhkatilanteet. Väkivaltaa nuorten mielestä oli fyysisen ja henkisen väkivallan käyttö, toisten väkivallan todistaminen, laiminlyönti, vihan kohdistus tavaroihin, uhkailu sekä seksuaalinen hyväksikäyttö.

Koettu väkivalta vaikuttaa lapseen monin tavoin lapsen iästä, sukupuolesta, väkivallan kestosta, vakavuudesta sekä suojaavista tekijöistä ja muista

riskitekijöistä riippuen. Väkivallan aiheuttamat psyykkiset vammat saattavat ilmetä vasta myöhemmin esimerkiksi itsetuhoisena käyttäytymisenä tai mielenterveyshäiriöinä. (Soisalo 2012, 172.) Kouluikäisinä väkivallan kohteeksi joutuneiden lasten oireina ovat usein masennus, ahdistuneisuus, käytösongelmat, somaattiset oireet ja itsetuhoisuus (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 127).

Perheväkivalta antaa virheellisen käyttäytymismallin tulevaisuutta varten. Lapsen käsitys oikeasta ja väärästä muodostuu virheelliseksi (Soisalo 2012, 172). Väkivalta vahingoittaa lapsen itsetuntoa ja perusluottamusta aikuisiin. Väkivalta opettaa lapselle, että lyöminen on hyväksyttävä tapa ratkaista ongelmia sekä kontrolloida tunteita ja ihmissuhteita. Vaikeissa tilanteissa lapsi oppii keskustelun ja sovittelun sijaan reagoimaan tunteen ohjaamana hyökkäämällä tai vetäytyen. (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 127.) Lapsiin kohdistuva väkivalta voi muodostua kierteeksi ja jatkua sukupolvesta toiseen (Soisalo 2012, 172).

2.4 Seksuaalinen hyväksikäyttö

Suomen laissa (L 20.5.2011/540, 20 luku, 6§) on määritelty lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä olevan se, jos koskettelemalla tai muulla tavalla tekee alle 16-vuotiaalle lapselle seksuaalisen teon, joka voi vahingoittaa tämän kehitystä tai saa tämän ryhtymään sellaiseen tekoon. Lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä on myös sukupuoliyhteys alle 16-vuotiaan lapsen kanssa. Laki pitää lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä tuomittavana myös, jos on sukupuoliyhteydessä 16-vuotiaan, mutta ei 18 vuotta täyttäneen lapsen kanssa ja tekijä on lapsen vanhempi tai vanhempaan rinnastettavassa asemassa sekä asuu lapsen kanssa samassa taloudessa.

Lapsuudessa seksuaalisesti kaltoinkohdeltu ihminen kokee häneen kohdistuneen teon todisteena arvottomuudestaan ja ihmisarvonsa mitätöivänä. Oma seksuaalisuus voi tuntua hävettävältä ja likaiselta tai niin arvottomalta, ettei sen suojaaminen ole merkitsevää. Nuori voi tällaista kokemusta kantaessaan altistaa itsensä kaltoinkohtelulle uudelleen ja uudelleen. Nuori voi myös yrittää osoittaa itselleen olevansa vieläkin seksuaalisesti kelvollinen ja ehyt ryhtymällä irtosuhteisiin. Seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneilla nuorilla aggression hallinnan ja seksuaalisuuden kehittyminen ovat vaarassa häiriintyä. Häpeä, syyllisyys,

epävarmuus ja ahdistus vaikuttavat käsitykseen itsestä. Nuori saattaa kieltää tapahtumat ja olla itsetuhoinen. (Brusila ym. 2009, 78-79.) Seksuaalinen väkivalta voi ilmetä myös depressiona sekä viestintä- ja ihmissuhdeongelmina (Soisalo 2012, 172).

Lapsuusaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön on erityisesti todettu hankaloittavan myöhemmästä traumasta toipumista, kun vanhat ja unohdukseen kätkeytyt asiat aktivoituvat uudelleen. Varhaista kaltoinkohtelua kokeneilla havainto-, muisti- ja tulkintaprosessit ovat vääristyneitä. Varoittavien pelkomekanismien aktivoituminen estyy ja myöhempien uhkatilanteiden arvioiminen realistisesti saattaa vaikeutua. (Brusila ym. 2009, 78.)

2.5 Vanhemman runsas alkoholinkäyttö

Monenlaiset lapsuusympäristön vaikeudet ovat nuorten aikuisten mielenterveysongelmien riskitekijöitä. Vanhemman päihdehäiriöillä ja alkoholin suurkulutuksella on yhteys lapsen psyykkiseen oireiluun aikuisena. (Kestilä ym. 2007.) Vanhempien liiallisen alkoholinkäytön seurauksena lapset saattavat alkaa huolehtimaan itsestään, sisaruksistaan ja vanhemmistaan sekä henkisesti että fyysisesti. Lapsen elämässä ei ole tällöin riittävästi tilaa lapsen maailmalle, vaan sen täyttävät joko osittain tai jopa kokonaan aikuisten huolet ja vastuu. Lapsen kehitys vaarantuu tällaisissa olosuhteissa. Vaikka lapsi on taitava kehittämään erilaisia selviytymiskeinoja ja kasvaa vuosi vuodelta vanhemmaksi, moni tärkeä kehitysaskel voi jäädä ottamatta. (Lapsuuden kokemukset aikuisuudessa, [viitattu 15.1.2016].)

Lapsuudessaan kaltoinkohdellut ihmiset saattavat aikuisina kärsiä arjessaan ahdistavia oireita, joita voivat esimerkiksi olla menneitä tapahtumia koskevat muistivälähdykset, ahdistus, paniikkikohtaukset, masennus, unettomuus, psykosomaattiset oireet, raivokohtaukset, kyvyttömyys avoimuuteen, itsetuhoisuus tai muille haitallinen käyttäytyminen. (Hyvään aikuisuuteen, [viitattu 15.1.2016].)

2.6 Perheiden terveyserot ja eriarvoisuus

Terveyseroilla, eli sosiaalisen aseman mukaisilla terveydentilan, sairastavuuden ja kuolleisuuden eroilla, kuvataan yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Sosiaalista asemaa määrittävät koulutus, ammattiin perustuva sosiaaliluokka, työmarkkina-asema sekä tulot ja varallisuus. Ne liittyvät toisiinsa, mutta kaikilla on myös itsenäinen kytkentänsä ihmisen terveyteen. Lisäksi terveyttä määrittävät monet muut tekijät kuten sukupuoli, ikä, etninen tausta ja perheasema, jotka nekin voivat vaikuttaa terveyserojen jyrkkyyteen. (Palosuo ym. 2007.)

Vaikka eriarvoisuuden vähentäminen on jo kauan ollut suomalaisen terveystalouden tavoitteena, ovat terveyserot edelleen sitkeitä. Niiden kaventaminen olisi tärkeää väestön terveydentilan positiivisen kehityksen turvaamiseksi. Erityisesti nuorten hyvinvointierojen kaventaminen on ollut tärkeä hyvinvointipoliittinen tavoite jo pitkään. (Vaarama ym. 2014, 62, 160.)

Suomessa muun muassa eriarvoisuuden vähentämiseksi kehitettiin vuosiksi 2012–2015 sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE. Sen yhtenä tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Kaste-ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta, joista ensimmäinen on riskiryhmien mahdollisuuksien parantaminen liittyen osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen. Riskiryhmillä tarkoitetaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujia. Heidän terveyserojaan pyritään kaventamaan vähentämällä mielenterveysongelmia, tukemalla selviytymistä ja kehittämällä osallisuutta edistäviä työmuotoja, esimerkiksi parantamalla koulutusmahdollisuuksia ja työllistymistä. Mielenterveyskuntoutujien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi luodaan ja otetaan käyttöön matalan kynnyksen palveluja, joihin on helppo hakeutua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4, 13, 18–19.)

Erään selitysmallin mukaan ihmisten mielenterveyserot johtuvat siitä, että sosiaalisessa asemassa alempana olevat kokevat tavallista enemmän ongelmia, vastoinikäymisiä ja stressitekijöitä, jotka heikentävät mielenterveyttä ja psyykkistä toimintakykyä. Nämä stressitekijät liittyvät muun muassa kotiympäristöön, sosiaalisiin suhteisiin, koulutukseen ja työllisyyteen. (Palosuo ym. 2007.)

Psyykkisten häiriöiden terveyseroista nuorilla tiedetään hyvin vähän. Nuorten psyykkiset terveyserot tulevat esiin nuoren siirtyessä lapsuuden perheen kasvuympäristöstä omaa elämää kohti. Perhetaustalla ja vanhempien sosioekonomisella asemalla on vaikutus sosiaalisen aseman muodostumiseen ja koulunkäyntiin. Huonolla koulumenestyksellä, lyhyellä koulutusuralla ja koulutuksen ulkopuolelle jäämisellä on yhteys psyykkisiin ongelmiin ja oireiluun. Vaikeudet koulunkäynnissä voivat lisätä mielenterveysongelmia ja koulunkäynti hankaloitua entisestään. Näillä tekijöillä on vaikutuksensa hyvinvointierojen syntymiseen myös aikuisiällä. (Palosuo ym. 2007.)

Lapsuudessa epäsuotuisille elinoloille altistuminen on yhteydessä psyykkiseen oireiluun ja sairastavuuteen jopa kymmeniä vuosia tapahtumien jälkeen. Lapsuuden elinoloilla ja ongelmilla on osoitettu olevan yhteys useisiin mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen ja ahdistukseen, persoonallisuushäiriöihin sekä itsemurha-ajatuksiin ja -yrityksiin. Aikuisuuden psyykkistä sairastavuutta ennustavat esimerkiksi vanhempien alkoholi- ja mielenterveysongelmat, seksuaalinen hyväksikäyttö, perheen sisäiset ristiriidat ja fyysinen väkivalta. (Laaksonen & Silventoinen 2011, 236.) Mielenterveysongelmien ehkäiseminen, varhainen tunnistus ja hoitoon pääsyn kynnyksen madaltuminen edellyttää muun muassa perheneuvolatyön, lastensuojelun ja koulujen oppilashuollon aktivoitumista (Palosuo ym. 2007).

3 NUORTEN AIKUISTEN ILMOITTAMAT MIELENTERVEYSONGELMAT

Tässä luvussa avataan teoratiedon avulla mielenterveyshäiriöitä, joista haastatellut ilmoittivat kärsivänsä. Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille. Ne ovat oireyhtymiä, joihin liittyy kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä tai haittaa. Psyykkiset häiriöt luokitellaan oireiden ja vaikeusasteiden mukaan. Vakavimmat häiriöt aiheuttavat sairastajalleen kärsimystä, sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 15.6.2015.) Mielenterveysongelma tai -häiriö on määritelty Mielenterveysasetuksessa (21.12.1990/1247, 1 luku, 2 §) alaikäisen kohdalla sellaiseksi häiriöksi, joka vaarantaa nuoren kasvua ja kehitystä, sekä aiheuttaa ongelmia koulussa ja kotona.

Vaikka lapsuuden ja nuoruuden kehitys on yksilöllistä, liittyy eri ikävaiheisiin tiettyjä tyypillisiä piirteitä. Lasten ja nuorten mielenterveyden oireiden ja häiriöiden tunnistamisessa on huomioitava ikävaiheisiin liittyvät muutokset häiriöiden yleisyydessä ja tyypillisessä puhkeamisiässä. Lisäksi ikävaiheiden erot yksilöiden ja sukupuolien välillä liittyvät lasten ja nuorten mielenterveyteen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 13.10.2014.)

3.1 Masennus

Sekä masennusoireet että masennus mielenterveyshäiriönä yleistyvät nuoruudessa. Alle 12-vuotiailla masennus on harvinaista, heistä 0,5–2,5 prosenttia kärsii siitä. Nuoruusiässä masennus yleistyy. Siihen sairastutaan ensikertaa usein 15–18-vuotiaana. Nuorista 5–10 prosenttia sairastaa masennusta, joista pitkäaikaista masennusta 1–2 prosenttia. (Marttunen ym. 2013.)

Arkipuheessa masennus tarkoittaa jokaiselle tuttua, ohimenevää tunnetilaa. Masentunut mieliala menee yleensä ohi eikä vaadi hoitoa. Masentuneisuuden kestäessä viikkoja se voi muuttua masennustilaksi. Masennustila eli depressio on oireyhtymä, johon liittyy muitakin oireita ja arkielämää haittaavaa toimintakyvyn

heikkenemistä. Masennustila kestää pidempään ja on voimakkaampi sekä laadultaan erilainen kuin esimerkiksi surumielisyys. Mieliala ei yleensä vaihtelee, vaan on koko ajan alavireinen. Masennustilaa diagnosoitaessa keskeistä on tunnistaa yksittäiset oireet ja itse oireyhtymä. (Marttunen ym. 2013.)

Masennustilan oireita ovat alavireinen mieliala suurimman osan aikaa, voimavarojen väheneminen tai poikkeuksellinen väsymys, itseluottamuksen tai omanarvontunnon heikentyminen, kohtuuttomat itsesyytökset, kiinnostuksen menettäminen asioihin, jotka ovat aiemmin tuottaneet iloa tai mielihyvää, keskittymisongelmat, kiihtymys tai hidastuneisuus, itsetuhoinen käytös tai itsemurha-ajatukset, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. (Käypä hoito 2014.)

Diagnoosin saamiseksi masennustilan oireita on pitänyt esiintyä päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan Eurooppalaisessa tautiluokituksessa ICD-10 oireiden lukumäärän mukaan, jolloin lievä masennus kattaa 4–5, keskivaikea masennus 6–7 ja vaikea masennus 8–10 oiretta. Masennuksen astetta arvioidaan myös oiremittareiden, kuten Beckin depressioasteikon (BDI) avulla tai toimintakyvyn heikentymisen perusteella. Lievään masennustilaan liittyy kärsimystä, mutta se ei yleensä heikennä toimintakykyä. Keskivaikea masennustila huonontaa yleensä selvästi toimintakykyä, ja vaikeasta masennuksesta kärsivä tarvitsee usein apua päivittäisissä toimissaan. (Käypä hoito 2014.)

3.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat merkittävä mielenterveyden häiriöiden ryhmä nuoruusiässä, jolloin niitä esiintyy kaikista mielenterveyden häiriöistä yleisimmin (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012). Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii 4–11 prosenttia nuorista. Tytöt ovat tavallisesti poikia alttiimpia sairastumaan ja häiriöitä voi ilmetä monta rinnakkain. 30–40 prosentilla masentuneista nuorista on myös ahdistukseen liittyviä häiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöitä on erilaisia ja ne ovat monesti pitkäaikaisia, sekä heikentävät merkittävästi toimintakykyä ja elämänlaatua. (Marttunen ym. 2013.)

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö kehittyy tavallisesti nuoruusiässä, jossa sitä esiintyy 3–4 prosentilla. Taudinkulku on pitkäaikainen ja siihen liittyy merkittävä samanaikaissairastavuus. Oireet ovat kroonisia ja heikentävät toimintakykyä pitkällä aikavälillä. Keskeistä yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä on korostunut murehtiminen ja ahdistuneisuus, jatkuva huolestuneisuus sekä fyysiset jännitysoireet. Jatkuvasti mielessä olevat murheet koskevat omaa selviytymistä, terveyttä ja pelkoja läheisten sairastumisesta tai onnettomuuteen joutumisesta. Jatkuva murehtiminen vie aikaa ja energiaa, heikentää keskittymiskykyä ja koulusuorituksia sekä vaikeuttaa nukahtamista. Häiriön aikaisella tunnistamisella voidaan merkittävästi pienentää sen aiheuttamaa kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä. (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012.)

Diagnoosi voidaan asettaa, kun vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin. Lisäksi nuorella on vähintään neljä oiretta, joista yhden täytyy olla jokin seuraavista: sydämentykytys, sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi, hikoilu, vapina tai suun kuivuminen. Muita ilmeneviä oireita ovat hengitysvaikeus, tukehtumisen tunne, rintakipu, mahakipu, pahoinvointi, pyörryttävä, sekava tai horjuva olotila, epätodellinen olo, pelko sekoamisesta tai itsehallinnan menettämisestä, kuolemanpelko, ihon puutuminen tai pistely, levottomuus, lihasjännitys, nielemis- ja nukahtamisvaikeudet. (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012.)

Paniikkihäiriö. Noin 1–3 prosenttia aikuisista kärsii paniikkihäiriöstä jossain elämänsä vaiheessa. Suuri osa heistä kärsii myös paniikkikohtausten pelon aiheuttamasta julkisten paikkojen pelosta. Paniikkihäiriö on yleisempi naisilla. Diagnoosin saaminen edellyttää henkilön jatkuvaa huolehtimista kohtausten toistumisesta tai jokapäiväistä, elämää haittaavaa, paniikkia aiheuttavien tilanteiden välttelyä. Kohtausten pelossa myös henkilön käyttäytyminen saattaa muuttua. (Huttunen 2014C.)

Paniikkioireet ja -tuntemukset kehittyvät aina äkillisesti ja saavuttavat huippunsa nopeasti. Kohtaus kestää yleensä useimmiten alle puoli tuntia. Sen aikana ilmeneviä oireita ovat muun muassa sydämentykytys, rintakivut, hikoilu, hengenahdistus, vapina, kuristumisen tai tukehtumisen tunne, vatsavaivat,

pahoinvointi, huimaus tai pyörtymisen tunne, puutuminen sekä kihelmöinti. Oireet aiheuttavat usein itsehallinnan menetyksen, sekoamisen tai kuoleman pelon, epätodellisuuden tai itsensä vieraaksi tuntemisen. Paniikkikohtausten tiheys vaihtelee, niitä voi ilmetä viikoittain tai harvemmin, ryppäinä ja voimakkuudeltaan eriasteisina. (Huttunen 2014C.)

Sosiaalisten tilanteiden pelko. Sosiaalisten tilanteiden pelko on yleinen ja usein pitkäaikainen ahdistuneisuushäiriö. Se alkaa tavallisesti ikävuosina 10–17, mutta voi ilmetä lapsuusiässäkin. Suomessa sosiaalisten tilanteiden pelkoa esiintyy noin 1-3 prosentilla nuoruus- ja aikuisikäisistä. Häiriö haittaa sosiaalisten suhteiden luomista ja ylläpitämistä, kouluttautumista ja myöhemmin työntekoa. Lapsuudessa ainakin 20–40 prosentilla sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä. Samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy myös nuorilla. Sosiaalisten tilanteiden pelko pystytään diagnosoimaan ahdistuneisuusreaktion aiheuttaessa toiminnallista haittaa tai kärsimystä. (Ranta, Kaltiala-Heino, & Marttunen 2011.)

Sosiaalisten tilanteiden pelon pääoire on voimakas ja pitkäaikainen pelko sellaista sosiaalista tilannetta kohtaan, jossa joudutaan toisten huomion kohteeksi tai tekemisiin vieraiden ihmisten kanssa. Pelko synnyttää ahdistusreaktion, joka voi ilmetä myös paniikkikohtauksena. Ahdistusreaktiossa tyypillistä on pelko arvostelluksi tulemisesta, kielteisen huomion kohteeksi tai nöyryyttävään tilanteeseen joutumisesta ja omien ahdistuneisuusoireiden näkymisestä. Ahdistuneisuutta ylläpitävät henkilöt virheelliset ajatusmallit, sosiaalisten tilanteiden välttäminen ja niissä esiintyvä turvakäyttäytyminen. Turvakäyttäytymisellä tarkoitetaan käyttäytymismallia, jolla pyritään estämään pelätyn asian toteutuminen. (Ranta ym. 2011.)

Pakko-oireinen häiriö. Noin 2–3 prosenttia aikuisista sairastaa pakko-oireista häiriötä. Häiriö alkaa tavallisesti murrosiässä tai nuorella aikuisiällä, mutta joskus jo lapsuudessa. Suurella osalla häiriötä sairastavista oireita ilmenee vuosikymmeniä. Noin joka kuudennella jatkuvista oireista kärsivällä oireet pahenevat vuosien myötä saattaen aiheuttaa työkyvyttömyyttä. (Huttunen 2014B.)

Pakko-oireiselle häiriölle ominaisia ovat pakkoajatukset tai pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ovat jatkuvasti mieleen tulevia epämiellyttäviä ja ahdistavia ajatuksia. Tavallisimpia pakkoajatuksia ovat esimerkiksi pelko tautien tarttumisesta, epäily tai pelko vahingossa tehdyistä teoista, sairaudenpelko, esineiden tarkassa järjestyksessä pito, sekä aggressiiviset ja seksuaaliset pakkoajatukset. Pakkoajatuksista kärsivä yrittää olla välittämättä ajatuksistaan, torjua tai neutraloida niitä toisilla ajatuksilla tai teoilla. (Huttunen 2014B.)

Pakkotoiminnot ovat toistuvaa käytöstä, kuten käsien pesua tai esineiden järjestelyä, tai mielessä tapahtuvaa toimintaa, esimerkiksi laskemista tai sanojen hiljaista toistelua. Pakkotoimintojen tarkoituksena on pakkoajatusten aiheuttaman ahdistuksen lievittäminen tai jonkin pelottavan tapahtuman estäminen. Pakko-oireista häiriötä sairastavan olisi olennaista vapautua häiriöön liittyvästä häpeästä, sillä se lisää stressiä, joka voimistaa oireita. Tärkeää on saada pakkoajatukset katkaistuksi ja korvata pakkotoimintoja rakentavammin. (Huttunen 2014B.)

3.3 Dissosiaatiohäiriö

Dissosiaatiohäiriö on toimintakykyä rajoittava tila, joka on seurausta varhaisesta traumatisoitumisesta kiintymyssuhteissa. Dissosiaatiohäiriö kehittyy kasvuympäristössä, jossa lapsi kärsii pitkäaikaisesta laiminlyönnistä, väkivallasta tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006.) Oman elämäntarinan katkonaisuus ja kyvyttömyys yhdistää ajatuksia, havaintoja, tunteita ja kokemuksia kokonaisuudeksi kuuluvat trauman ja dissosiativisten oireiden luonteeseen (Huttunen 2014A, Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006). Oireet ovat erillisiä ja voimakkaita, eikä niistä kärsivä koe niiden olevan yhteydessä alkuperäiseen traumaan (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006). Dissosiativisia oireita ovat muun muassa muistinmenetys, oman itsensä tai ympäristön vieraaksi kokeminen, havaintojen vääristyminen, ajan ja paikan tajun kadottaminen, mielikuvien ja todellisuuden erottamisen vaikeus, sekä joskus näkö- ja kuuloharhat. Dissosiaatio voi ilmetä myös ruumiillisina oireina, kuten kouristuksina, äänihäiriöinä, kipuina, tunnottomuutena, aistihäiriöinä ja tajunnan menetyksenä. (Huttunen 2014A.)

Dissosiativisia oireita laukaisevat ja ylläpitävät erilaiset traumaattiset muistikuvat, jotka tuottavat voimakasta ahdistusta, pelkoa tai häpeää. Dissosiaatiota kuvataan psyyken pyrkimyksenä hallita mielen tasapainoa näiltä uhkaavilta ja voimakkailta tunnetiloilta. Myöhemmin mikä tahansa traumaan liittyvä ärsyke tai yritys keskustella traumasta voi laukaista dissosiaation. Vaikka dissosiaation pyrkimyksenä on suojata mieltä, se herättää ahdistusta ja voi vaikeuttaa vuorovaikutusta ihmisten kanssa. (Huttunen 2014A.)

3.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö diagnosoidaan nykyään yhä useammin lapsilla ja nuorilla (Apps, Wingler & Jandrisevits 2008, Nierengarten 2015). Sairauden oireet voivat ilmetä jo lapsuudessa. Sairauden aikainen tunnistaminen on tärkeää, sillä tutkimusten mukaan aikuisilla, joilla kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa nuorella iällä, on vaikeampi taudinkulku verrattuna niihin, jotka sairastuvat aikuisiällä. (Nierengarten 2015.) Varhain alkaneeseen tautiin liittyy kasvanut itsemurhariski (Halfon ym. 2013, Nierengarten 2015), vakava mielialan epävakaisuus, heikentynyt elämänlaatu ja toimintakyky, enemmän liitännäissairauksia sekä kasvanut riski päihdehäiriöihin verrattuna aikuisiällä sairastuneisiin (Nierengarten 2015).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiden määritelmään kuuluu neljä vaihetta. Maniavaihe on kohonneen, mahtailevan tai ärsyyntyneen mielialan jakso, joka kestää vähintään viikon, sekä sisältää 3-4 oiretta seuraavista: suureellisuuskuvitelmat, korostunut puhumisen tarve, vähentynyt unentarve, kiitävät ajatukset, lisääntynyt tavoitteellinen toiminta tai psykomotorinen levottomuus sekä nautintoa tuova, mutta riskialtis toiminta. Hypomaaninen vaihe on vähintään neljän päivän pituinen kohonneen, mahtailevan tai ärtyisän mielialan jakso, jossa on mukana muita manian oireita. Masennusvaihe on masentuneen tai surullisen mielialan jakso, johon liittyy kiinnostuksen- tai nautinnonpuute aiemmin nautintoa tuottaneisiin asioihin, sekä syömisen, nukkumisen tai motoristen toimintojen muutoksia, syyllisyyden- ja merkityksettömyydentunteita, keskittymiskyvyn puutetta ja itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhoista käyttäytymistä. Sekamuotoinen vaihe

koostuu sekä manian että masennuksen oireista, jotka kestävät vähintään viikon. (Nierengarten 2015.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien nuorten itsetuhoisuuteen vaikuttavat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden kuva ja persoonan piirteet, kuten heikko vihanhallintakyky, impulsiivisuus ja aiempi itsetuhoisuus. Merkitystä on myös perhesuhteilla ja kokemuksilla, kuten stressaavilla elämäntapahtumilla, sekä fyysisellä tai seksuaalisella hyväksikäytöllä. Mitä monimutkaisempi oirekuva kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla nuorella on, sitä korkeampi on myös itsemurha- ja itsetuhoriski. (Halfon ym. 2013.)

British Journal of Clinical Psychology-lehden tutkimusartikkelin mukaan (Pavlickova, Turnbull & Bentall 2014) kaksisuuntainen mielialahäiriö on erittäin perinnöllinen sairaus, jonka puhkeamista positiivinen sukuhistoria ennustaa. Riskiä sairastua nostaa myös eläminen vanhemman kanssa, joka pelkää, on usein epävakaa, ja käyttäytyy äärimmäisin tavoin, sekä omaa tietyn tyylin ajatella ja tulkita maailmaa.

3.5 Itsetuhoisuus

Itsetuhokäyttäytymisenä pidetään kaikkia sellaisia ajatuksia ja tekoja, jotka uhkaavat terveyttä tai henkeä. Motiivina on yleensä ainakin jossain määrin tiedostettu kuolemanhalu. Itsetuhoinen käyttäytyminen ei ole sinänsä häiriö, vaan se voi liittyä mihin tahansa psyykkiseen häiriöön. Itsemurha-ajatukset, viiltely, itsemurhayritykset ja itsemurha luokitellaan itsetuhokäyttäytymiseksi. (Marttunen ym. 2013.) Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuorassa itsetuhokäyttäytymisessä henkilö ottaa elämää uhkaavia riskejä, mutta ei omaa tietoista itsensä vahingoittamisen tai kuoleman päämäärää. Epäsuora itsetuhoisuus voi ilmetä esimerkiksi holtittomana päihteiden käyttönä, vaarallisena liikennekäyttäytymisenä, omaa turvallisuutta vaarantavina harrastuksina, oman terveyden rasittamisena tai fyysisen sairauden laiminlyöntinä. (Luhtasaari 2010.)

Salmen ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan itsetuhoisuus ilmeni nuorilla itsetuhoisina ajatuksina ja tekoina, jotka sisälsivät kehon kudosten pinnallista

tuhoamista, kuoleman kanssa leikittelemistä, päihdekäyttäytymistä ja itsetuhoisia fantasioita. Oman kehonsa pinnallisia kudoksia tuhotessaan nuoret viiltelivät, hakkasivat ja polttivat itseään, raaputtivat ihoaan ja tuottivat itselleen kipua muunlaisena kudosten tuhoamisena. Viiltelyä kuvattiin yleisimpänä itsetuhoisuuden muotona nuorten keskuudessa. Oman kehon vahingoittaminen syömistä ja liikkumista kontrolloimalla, kuolemaa tavoittelevien tekojen tekeminen ja riskien ottaminen sisältyivät kuoleman kanssa leikittelemiseen. Nuoret kuvasivat päihdekäyttäytymistä lääkkeiden väärinkäyttämisenä, alkoholin käyttämisenä sekä lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttönä. Itsetuhoiset fantasiat ilmentyivät itsemurha-ajatuksina sekä itsensä vahingoittamisen toiveina.

Tutkimuksessa nuoret kuvasivat itsetuhoisuuteen, itseensä ja ympäristöön liittyviä syitä. Nuoreen liittyviä syitä olivat psyykkiset tekijät, muutoksen hakeminen, kielteinen minäkuva, armottomuus itseään kohtaan ja tunnekokemuksen saaminen. Psyykkisiä tekijöitä olivat esimerkiksi mielenterveyshäiriöt, mielialaongelmat ja ahdistuneisuus. Helpottavan muutoksen hakeminen kuvattiin pahana olona, huomionhakuna, selviytymisenä, pyrkimyksenä muuttaa psyykinen kipu fyysiseksi ja pakenemisena. Kielteinen minäkuva sisälsi riittämättömyyden ja arvottomuuden kokemuksia. Armottomuus itseään kohtaan oli halua rangaista itseä ja kovuutta itseä kohtaan. Tunnekokemuksen saaminen sisälsi riippuvuuden, nautinnon ja pahan olon konkreettisen näyttämisen. Ympäristöön liittyviä syitä olivat yksin jääminen, epävarmuus elämässä suoriutumisesta, traumaattiset kokemukset ja hankalat ihmissuhteet. (Salmi ym. 2014.)

4 KOULUTERVEYDENHOITAJA NUORTEN MIELENTERVEYSONGELMIEN KARTOITTAJANA

4.1 Kouluterveydenhuolto

Lastensuojelulain (L 13.4.2007/417, 1 luku, 2 §) mukaan lasten ja perheiden kanssa työskentelevien viranomaisten on oltava vanhempien ja huoltajien tukena lastenkasvatuksessa. Heidän on pyrittävä tarjoamaan perheelle apua riittävän ajoissa sekä ohjattava lapsi ja perhe tilanteen vaatiessa lastensuojelun piiriin. Sosiaali- ja terveyshuollon parissa työskentelevä henkilö on velvollinen salassapitosäännösten estämättä viipymättä ilmoittamaan kunnan sosiaalihuoltoon, jos hän on tehtävässään saanut tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käytös edellyttää mahdollisesti lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Sosiaali- ja terveyshuollon parissa työskentelevällä henkilöllä on myös velvollisuus tehdä salassapitosäännösten estämättä ilmoitus poliisille, jos hänellä on syytä epäillä, että lapseen on kohdistettu seksuaalirikos tai henkeen ja terveyteen kohdistuvana rikoksena rangaistavaksi säädetty teko, esimerkiksi pahoinpitely. (L 13.4.2007/417, 5 luku, 25 §.)

Terveysdenhuoltolain (L 30.12.2010/1326, 2 luku, 16 §) mukaan kuntien tulee järjestää kouluterveydenhuollon palvelut alueensa perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuollon palveluihin sisältyvät muun muassa vuosittain oppilaan terveystarkastukset, vanhempien kasvatustyön tukeminen, erityisen tuen tai tutkimusten tarpeellisuuden varhainen tunnistaminen sekä tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon tulee järjestää opiskeluterveydenhuollon palvelut alueensa ammatillisten oppilaitosten, lukioden sekä korkeakoulujen opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät muun muassa lukion ja ammatillisen koulutuksen aikana kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset tarvittaessa, terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mielenterveys- ja päihdetyö, erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä tukeminen ja tarpeen mukaan jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen. (L 30.12.2010/1326, 2 luku, 17 §.)

Alaikäinen voi kieltää huoltajaansa osallistumasta itseään koskevan opiskeluhuoltoasian käsittelyyn ja antamasta itseään koskettavia tietoja huoltajalle, jollei se ole selvästi hänen etujensa vastaista. Huomioon tulee tällöin ottaa alaikäisen ikä, kehitystaso ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet sekä asian laatu. Arvion tästä asiasta tekee opiskeluhuollon henkilöstöön kuuluva sosiaali- ja terveystieteiden ammattihenkilö. (L 1287/2013, 3 luku, 18 §.) Myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785, 2 luku, 7 §) edellyttää alaikäisen potilaan mielipiteen selvittämistä hoitotoimenpiteestä, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen kykenee ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan, on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, hoidetaan häntä yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa kanssa.

4.2 Kouluterveydenhoitaja ja mielenterveyden kartoituskeinot

Kouluterveydenhoitaja on koululaisten ja kouluyhteisön terveyden edistäjä ja hoitotyön ammattilainen, oppilaiden ja vanhempien tukihenkilö, tarvittaessa ongelmien havaitsija sekä perusterveydenhuollon jatkotutkimukseen ja hoitoon ohjaaja. Kouluterveydenhuollossa huomioidaan erityisesti mielenterveysongelmat, kuten masennuksen tai syömishäiriöiden varhainen havaitseminen ja hoitoon ohjaaminen, sekä ongelmat, jotka voivat aiheuttaa koulun keskeyttämisen. Oppilaiden mielenterveyttä kartoitetaan esimerkiksi kouluterveyskyselyillä. Tulosten pohjalta annetaan suunnitelmallisesti yksilö- ja ryhmäneuvontaa sekä oppilaille että heidän vanhemmilleen. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

Membriden ym. (2015) tutkimuksessa kouluterveydenhoitajat ilmoittavat lasten ongelmien tulevan heidän tietoonsa kolmella tavalla. Useimmiten lapset ja nuoret tulevat kertomaan asioistaan oma-aloitteisesti, toisinaan lapsen ongelmat tulevat ilmi vanhempien tai koulun muun henkilökunnan taholta.

Kouluterveydenhoitajien yleisin tapa tehdä yhteistyötä oppilaiden kanssa on säännölliset terveystarkastukset ja –tapaamiset. Terveystarkastuksissa lapsen terveydentila, elämäntilanne ja koulumenestys tarkentuvat. (Mäenpää ym. 2008.) Terveystarkastuksissa kootaan tietoa lapsen elinympäristöstä, perheen

terveystottumuksista ja voimavaroista. Kouluterveydenhoitaja arvioi tietojen perusteella tukevatko perhetilanne sekä vanhempien antama hoito ja kasvatusta lapsen hyvinvointia ja kehitystä. Lapsen ja vanhempien kanssa keskustellaan terveystarkastuksessa esiin nousseista sekä heidän itse huomioimistaan asioista. Mikäli lapsen hyvinvoinnista tai terveydestä herää huoli, on kouluterveydenhoitajan tärkeää ottaa se puheeksi lapsen tai vanhemman kanssa perhettä kunnioittavalla tavalla. Kouluterveydenhoitaja arvioi lapsen ja vanhempien kanssa keskustellen jatkotutkimusten, tuen tai hoidon tarpeesta, esimerkiksi lisäkäynneistä terveydenhoitajan vastaanotolla tai muilla yhteistyötahoilla. (Mäki ym. 2014, 192-193.) Laajoihin terveystarkastuksiin on syytä liittää mielenterveyttä kartoittavia mittareita ja haastatteluja. Lisäksi on olemassa erilaisia koulutyön osana toteutettavia sosiaalisten taitojen harjoitusohjelmia ja pienryhmissä toteutettavia kursseja. (Kaltiala-Heino ym. 2010.)

LAPS-lomake on kattava perustutkimus, jolla arvioidaan lapsen psykososiaalista kehitystä ja terveyttä. Se sisältää kysymyksiä muun muassa lapsen toimintakyvystä, oireista ja hänen perheestään. Lomake täytetään keskustellen yhdessä lapsen ja hänen vanhempiensa kanssa hyödyntäen jo aiemmin koottuja tietoja lapsen terveydestä ja kehityksestä. Lomaketta käytetään 4-15-vuotiaiden lasten laajoissa terveystarkastuksissa sekä tarvittaessa muulloinkin, kun huoli asiasta on herännyt. (Mäki ym. 2014, 114–115.)

RBDI-mielialakyselyä käytetään 8. luokkalaisten terveystarkastuksissa. Lisäksi sitä voi käyttää apuna vastaanottotilanteessa, jossa halutaan kartoittaa nuoren mieliala- ja masennusoireita. Lomakkeesta on hyötyä myös oireiden havainnollistamisessa ja seurannassa. (Mäki ym. 2014, 117.)

4.3 Kouluterveydenhoitajien kokemuksia työskentelystä nuorten mielenterveysongelmien parissa

Tutkiva Hoitotyö -lehden artikkelin mukaan kouluterveydenhoitajilla on ristiriitaiset tuntemukset lapsiasiakkuudesta. Ilman vanhempia vastaanotolla ollessa lapseen pystyy keskittymään täysipainoisemmin. Toisaalta kouluterveydenhoitajat kokevat alakoulun kouluterveydenhuollossa toimittavan kuin lapsi olisi aikuinen ja kykenisi

hoitamaan asiansa itsenäisesti. Lapsen kyky hoitaa terveyttään ja hyvinvointiaan on puutteellinen, eikä hän ole täysivaltainen omien asioidensa päättämisessä. Lasten lojaalius vanhempia ja perhettä kohtaan voi johtaa siihen, että he eivät puhu ilman vanhemman lupaa esimerkiksi kotona olevista ongelmista. (Mäenpää ym. 2008.)

Mäenpään ym. (2008) tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat kokevat auttamismahdollisuutensa rajatuiksi. Lasten ja heidän perheidensä asioihin paneutumisen mahdollisuudet koetaan suppeiksi. Eritoten lasten mielenterveyden tukemiseen jää liian vähän aikaa. Kouluterveydenhoitajien mielestä heillä on liikaa oppilaita ja liian vähän koulupäiviä, että he kykenisivät edistämään kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti lapsen terveyttä.

British Journal of School Nursing –lehden (Membride ym. 2015) tutkimusartikkelissa kouluterveydenhoitajat osoittivat huolensa lasten yleistyneistä mielenterveysongelmista. Heitä myös huoletti koulutuksensa vajavaisuus mielenterveysongelmien parissa työskentelyyn liittyen. Kouluterveydenhoitajat olivat huolissaan siitä, että koulutuksen ja harjoituksen puute voivat johtaa vakavan mielenterveysongelman sivuuttamiseen tai siihen, että kouluterveydenhoitajan ongelmaan antamat neuvot aiheuttavat enemmän haittaa kuin hyötyä.

Myös Kuorilehdon ja Paasivaaran (2008) tekemän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat kokivat tarvetta psyykkisesti raskaiden asioiden käsittelemistä koskevalle työnohjaukselle. Tutkimukseen haastatelluista terveydenhoitajista yhdellekään ei oltu järjestetty vastaavaa työnohjausta. Riittäviä henkilöresursseja toivottiin myös, jotta työ olisi mitoitettu oikein ja perheille olisi riittävästi aikaa.

Mäenpään ym. (2008) tutkimuksessa kouluterveydenhoitajat kokevat, että oppilaat hakevat heistä ammattilaista ja aikuista kuuntelijaa. Lapsi kokee tärkeäksi, että koulussa on paikka, jonne voi hakeutua, kun haluaa olla aikuisen kanssa. Useasti lapselle riittää, kun hän voi purkaa pahaa oloaan hoitajalle. Erityisesti tukea tarjotaan sellaisille lapsille, jotka kertovat heillä olevan vaikea elämäntilanne, esimerkiksi vanhempien ero tai läheisen kuolema. Lapsen keskustelu kouluterveydenhoitajan kanssa perheen vaikeuksista helpottaa myös vanhempia. Keskusteluiden päämääränä on helpottaa lapsen mieltä ja antaa hänen elämäänsä toivoa ja turvaa.

Membride ym. (2015) tutkimuksen lopputulema on, että kouluterveydenhoitajien koulutuksen tulisi olla ajan tasalla. Heitä tulisi tukea kehittämään ja tarjoamaan palveluja lapsille ja nuorille, jotta he voisivat tuntea olonsa turvallisiksi keskustella olostaan ja ongelmista hoitajille. Ilman tätä tukea on riskinä, että lapsilla ja nuorilla on jatkossakin ongelmia mielenterveytensä ja hyvinvointinsa kanssa. Vaikeudet eivät ilmene ainoastaan lyhyellä, vaan pitkällä aikavälillä, joka voi vaikuttaa nuorten kykyyn saavuttaa täysi potentiaalinsa aikuisiällä.

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoite on antaa kouluterveydenhoitajille tietoa siitä, millaiset asiat voivat nuoren kotona vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja kuinka kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä ja tarjota apuaan nuorelle.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, kuinka nuoret aikuiset, jotka kärsivät mielenterveysongelmista 12–18-vuotiaina, kokevat lapsuuden perheensä merkinneen heidän mielenterveysongelmiinsa, sekä millaiseksi he kokevat kouluterveydenhoitajalta saamansa avun.

Tarkoituksen toteuttamiseksi on laadittu seuraavat tutkimustehtävät:

1. Millaiset asiat perheessä voivat merkitä nuoren mielenterveysongelmiin?
2. Minkälaista tukea nuoret aikuiset ovat saaneet nuoruudessaan kouluterveydenhoitajalta?
3. Millä tavalla kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä nuoren ongelmia ja tarjota niihin apua?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadulliseen tutkimukseen osallistuvia henkilöitä on yleensä vähän. Tämä johtuu siitä, että pyritään keräämään mahdollisimman laaja aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei määrään. Tämän vuoksi pienestä osallistujamäärästä huolimatta aineisto on usein laaja. Osallistujia ollessa paljon ja aineiston ollessa hyvin laajaa, aineiston analyysi ja oleellisen tiedon löytäminen voi vaikeutua. Tutkimukseen osallistuviksi henkilöiksi valitaan ne, joilta löytyy kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27.)

Yksi laadullisen tutkimuksen tavoitteista on ymmärtää osallistujien näkökulma. Tutkijaa kiinnostaa esimerkiksi, millaisia terveysvalintoja kouluikäiset tekevät ja mitkä asiat koululaisten mielestä ohjaavat heidän valintojaan. Tällöin tutkimuksen tekijä kyselee koululaisilta heidän terveysvalinnoistaan ja niihin liittyvistä asioista. Mielenkiinnon kohteena on todellisuus ja ilmiön tutkimiseen osallistuvien henkilöiden näkökulma. Tuotettava tieto on tutkimuksesta kontekstisidonnaista eli tutkija korostaa tuotetun tiedon olevan sidoksissa osallistujan elämäntilanteisiin, aikaan ja paikkaan. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään se, että eri ihmisille todellisuus voi näyttäytyä eritavalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23, 28.)

Aineistoa kerätään laadullisessa tutkimuksissa useilla eri menetelmillä, esimerkiksi haastattelemalla, havainnoimalla ja videoimalla. Kirjalliset aineistot, piirustukset ja valokuvat voivat olla aineistona. Myös erilaisia aineistonkeruumenetelmiä voidaan yhdistellä. Tutkimista ohjaavat miksi-, miten- ja mitä-kysymykset. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27.)

Teemahaastattelulle ominaista on sen eteneminen tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä tuo enemmän tutkittavien ääntä kuuluviin ja vapauttaa haastattelun tutkijan näkökulmasta. Olennaista ovat ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. Kysymysten asettelu ja järjestys ovat vapaampia kuin strukturoidussa, eli lomakehaastattelussa. Teemahaastattelua kutsutaankin

puolistrukturoiduksi haastattelutavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48.) Teemahaastattelussa ei silti kysellä mitä tahansa, vaan pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän ja tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.)

Aineistonkeruussa saatu raakamuotoinen perusmateriaali ei sovi tavallisesti sellaisenaan analysoitavaksi, vaan sitä on käsiteltävä jollain tavalla. Nauhoitetut haastattelut kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Olennaista on litteroinnin tarkkuus. Otetaanko huomioon pelkkä puhuttu aines vai myös muu vuorovaikutus, kuten naurahdukset, tauot, epäröinnit, yskähdykset, eri puheensävyt, intonaatiot ja painotukset. Litteroinnin tarkkuus riippuu analyysin vaatimasta tarkkuudesta ja siitä mitä vuorovaikutuksen piirteitä tulkinassa aiotaan käyttää. (Ronkainen ym. 2013, 118–119.)

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytettävä perusanalyysimenetelmä. Sillä pyritään saamaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin tarkoitus on järjestää aineisto johtopäätöksiä varten ja kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysi alkaa tarkkaan rajatun kapean ilmiön valitsemisella ja aineiston huolellisella lukemisella kokonaiskäsityksen saamiseksi. Etsitään tutkittavaa asiaa koskevat pelkistetyt ilmaukset ja luokitellaan, teemoitellaan sekä tyypitellään ne. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92, 103, 106.)

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta ne eivät suoraan pohjaudu teoriaan tai teoria voi toimia apuna analyysin teossa. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysia. Analyysista on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava, vaan enemmänkin uusia ajatussuuntia luova. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.)

6.2 Opinnäytetyön toteutusvaiheet

Opinnäytetyön aihe valittiin sen kiinnostavuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Aihe koettiin tärkeäksi, koska terveydenhoitajan opintokokonaisuudessa käsitellään melko vähän mielenterveysongelmia ja niiden tunnistamista. Aihe rajattiin nuoriin aikuisiin, koska sen ikäisenä moni on aloittanut jo itsenäisen elämän ja etääntynyt hieman lapsuuden perheestään. Tällöin kyetään ajattelemaan asioista kokonaisvaltaisemmin ja jäsentelemään kokemuksia objektiivisemmin. Tutkimustyön tekemistä helpotti se, ettei alaikäisten huoltajilta tarvinnut pyytää tutkimuslupaa.

Opinnäytetyö on osa Etelä-Pohjanmaan korkeakouluyhdistyksen ja professori Leena Koivusillan lasten ja nuorten terveyden edistämisen tutkimushanketta. Opinnäytetyössä terveyden eriarvoisuus ilmenee siinä, miten nuorten erilaiset lähtökohdat ja saatu apu vaikuttavat mielenterveysongelmien syntyyn. Opinnäytetyöllä on yhteys kouluterveydenhoitotyöhön ja sen kohderyhmänä ovat kouluterveydenhoitajat. Rajausta tuntui luonnolliselta, koska kouluterveydenhoitajat ovat tekemisissä tutkittavan ikäryhmän kanssa. Työn toivotaan antavan apua kouluterveydenhoitajille mielenterveysongelmista kärsivää nuorta kohdattaessa ja ongelmia tunnistettaessa.

Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tähän tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska arkaluontoisen aiheen käsittely vaati pintaa syvempää tutustumista ja avoimia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, sillä sen avulla saadaan syvällisempää tietoa kuin kirjallisella kyselyllä. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä mahdollistaa tiedonantajia saamaan vastauksiinsa omaa tulkintaa, tajunnanvirtaa ja spontaaniutta. Haastattelijalle lisäkysymysten esittäminen ja vuorovaikutus tiedonantajan kanssa helpottuu tätä aineistonkeruumenetelmää käytettäessä.

Opinnäytetyön teoriapohjan tiedonhaussa käytettiin tietokantoja Medic, CINAHL, Aleksi, Finna ja Google. Lähteinä käytettiin muun muassa Käypä hoito –suosituksia, hoitotyön suosituksia, lainsäädäntöä ja internetsivuja kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveysportti. Lähteinä käytettiin myös suomen- ja englanninkielisiä hoito- ja lääketieteellisiä artikkeleita.

Hakusanoina toimivat muun muassa mielenterveys, nuorten mielenterveys, kouluterveydenhoitaja, lapset ja nuoret, nuorisopsykiatria, perhe, childhood, adolescent, family, school nursing ja mental health. Sanoista käytettiin myös eri muotoja.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen alettiin etsiä tiedonantajia. Haastateltaviksi etsittiin nuoria aikuisia, iältään 18 – 25 – vuotiaita, joiden psyykkinen sairastuminen on tapahtunut 12–18 vuoden iässä. Haastateltavia etsittiin sähköpostitse muun muassa Etelä-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen, Etsivän nuorisotyön, Olkkarin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun ja Koulutuskeskus Sedun sekä erään mielenterveyskuntoutujien asumisyksikön kautta.

Opinnäytetyöhön haastateltiin teemahaastatteluin viittä nuorta aikuista, joista kaksi löytyi Koulutuskeskus Sedun kautta ja kolme mielenterveyskuntoutujien asumisyksikön kautta. Iältään haastateltavat olivat 18 - 21 –vuotiaita. Haastatelluista neljä oli naisia ja yksi mies. Asumisyksikön käytäntöä noudattaen sen asukkaiden haastatteluja varten haettiin tutkimuslupaa, jonka myönsi yksikön vastaava ohjaaja. Tutkimuslupahakemus ei ole opinnäytetyössä liitteenä salassapitovelvollisuuden vuoksi.

Haastattelut toteutettiin marras-joulukuun 2015 aikana. Haastatellut saivat ensin saatekirjeen (Liite 1), jonka jälkeen he allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 2). Heitä haastateltiin omavalintaisessa ympäristössään haastattelulomaketta (Liite 3) käyttäen. Lomakkeen kysymykset olivat avoimia. Tutkimustehtävien lisäksi kysyttiin myös tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelut nauhoitettiin.

Saatu aineisto koottiin joulukuun 2015 ja tammikuun 2016 aikana. Se litteroitiin ja purettiin sisällönanalyysin keinoin (Liite 4). Aineistoa käytiin läpi tutkimustehtävien ja tarkentavien lisäkysymysten avulla. Tutkimuksen kannalta olennaisista vastauksista pelkistettiin pääasiat, jotka ryhmiteltiin omiin luokkiinsa (Liite 5). Näiden luokitusten ja teorian pohjalta luotiin tutkimuksen johtopäätökset. Johtopäätöksiä pohjalta tehtiin Kouluterveydenhoitajan muistilista (Liite 6) nuoren kohtaamisen tueksi.

Mielenterveyshäiriöihin liittyvä teoriaosuus rakentui lopulliseen muotoonsa aineiston analysoinnin ja sieltä esiin nousseiden mielenterveyshäiriöiden myötä. Aineistoa käytettiin opinnäytetyössä niin, ettei siitä tullut ilmi haastateltavien nimiä eikä asuinpaikkakuntia. Saaduista tiedoista ollaan vaitiolovelvollisia. Opinnäytetyö palautettiin helmikuussa 2016.

7 HAASTATTELUJEN TULOKSET

7.1 Taustatietoa haastatelluista

Haastateltavat ilmoittivat sairastavansa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, paniikkihäiriötä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, pakko-oireista häiriötä ja dissosiatiivista häiriötä. Masennuksesta ilmoittivat kärsivänsä kaikki ja ahdistuneisuutta oli suurimmalla osalla haastateltavista. Kolme ilmoitti oireilunsa alkaneen jo ennen yläkouluikää ja kaksi yläkoulun lopulla. Mielenterveysongelmat ilmenivät muun muassa alakulona, itsetuhoisuutena, kuten viiltelynä ja itsemurha-ajatuksina, stressinä, paniikkikohtauksina ja somaattisina oireina, kuten mahakipuna ja huonovointisuutena.

Ku mä olin tosi ahdistunut aloin viiltelemään ja tällästä. Ja sit vaan yhtäkkiä kesken koulupäivän mä sain sellasen paniikkikohtauksen, että mä en pystynyt puhumaan moneen päivään ja en syömään, en juomaan. (Haastateltava 2)

Oli ihan fyysisiäkin oireita sit siitä ahdistuksesta. Oli päivittäin maha kipee ja huono olo. Muistan, ku olin ihan älyttömän kipee aina silloin päiväkotiaikoina. - - en pystynyt enää käymään lukiota, ku olin niin paniikissa siellä koko ajan. Sitte jouduin lopettamaan sen. (Haastateltava 3)

Tuli kauhee stressi minne pitää hakea kouluun ja kaikkee tällästä. - - ei oikein koulu maistunu silloin. (Haastateltava 4)

Mulla oli jatkuvasti mieli maassa ja neljännellä luokalla se alkoi näkymään ihan koulunkäynnissäkin sitten. - - Siinä oli viiltelyä ja aloin suunnittelemaan itsemurhaa ja se meni melkein ihan toteutukseen asti. Se oli itseasiassa ihan pienestä kiinni, että mä olisin mennyt tappamaan itteni. Mulla oli suunnitelma ja kaikki aivan valmiina. Mä olin ehtinyt kirjoittaa kirjeenki porukoille ja jättää sen huoneeseeni. - - Monesti on sitte myöhemminkin ollu vielä lähellä, etten oo mennyt hyppäämään johonki jokeen, mut en oo sit kuitenkaan vaan tehnyt sitä. Emmä oikeastaan ymmärrä, että mikä mut on pysäyttänyt. (Haastateltava 5)

7.2 Nuorten mielenterveysongelmiin merkitsevät asiat lapsuuden perheessä

Haastateltavat ilmoittivat lapsuuden perheeseensä kuuluneen äidin, isän, sisarukset, sijaisvanhemmat ja –sisarukset. Kolme haastatelluista koki välien isänsä kanssa olleen huonommat kuin äidin kanssa. Yksi haastatelluista koki välit äitiinsä huonommiksi kuin isäänsä. Lapsena sijaisperheeseen huostaanotettu koki välit huonoiksi molempiin sijaisvanhempiansa. Sisaruksiin välit koettiin pääsääntöisesti hyvinä. Haastatellut kokivat isäsuhteessa muun muassa riittämättömydentunnetta, hyväksynnänpuutetta, turvattomuutta, syrjintää, välien etäisyyttä, huolestuneisuutta isästä sekä henkistä, fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa. Äitisuhteessa haastatellut kokivat muun muassa laiminlyöntiä, kaltoinkohtelua, yksinäisyyttä, pelkoa, huolestuneisuutta äidistä, välien etäisyyttä sekä henkistä ja fyysistä väkivaltaa.

Äiti ei ollut hirveesti kotona. Ei mitenkään väkivaltainen tai mitään, mutta justiin ettei huolehtinu ja oli paljon pois kotoa. Saatto tulla kännis kotiin. Mä oon ollut meidän perheestä se, jolla on ollut suurin vastuu. (Haastateltava 2)

Äidin kanssa on ollut sellasta aika hankalaa ihan aina. Ollaan otettu yhteen ja ku oon ollut lapsi, äiti on purkanu sitä pahaa oloansa meihin. (Haastateltava 3)

Isä huusi niin paljon, että ei ollut oikein turvallista silloin. Jos mä tein jotaki väärin sen mielestä, niin se huusi silloin. Tuntu, et se syrji mua eniten lapsista - - ku mä oon ainut, joka ei oo menestynyt sen mielestä koulussa. - - Joskus oli väkivaltainen, mut enimmäkseen sitä huutamista. (Haastateltava 4)

Isä ei oo ottanu mua kunnolla huomioon. Se vaan läksytti mua joka asiasta. Ensin me tapeltiin tosi paljon ja sitten se ei jaksanu noteerata mua ollenkaan. Sitten me taas tapeltiin. Äidin kanssa on ollut etäiset välit. Mä en oo sille asioista hirveen paljon pystynyt puhumaan. (Haastateltava 5)

Haastateltavat kuvasivat lapsuuden kotinsa tunnelmaa ja koti- ja perheasioissa läpikäymiään tunteita epävarmuudeksi, ahdistavuudeksi, peloksi, kireydeksi, suruksi, stressaavuudeksi, turvattomuudeksi, syrjityksi tulemisen tunteeksi, kiireeksi, ristiriitaisuudeksi, painostavuudeksi, riittämättömydentunteeksi,

hyväksymättömyydentunteeksi sekä huomiota vaille jäämiseksi ja pahaksi oloksi. Tunnelman kuvattiin olleen kuitenkin myös lämminhenkinen ja hyviäkin aikoja koettiin olleen. Suurin osa haastateltavista kävi läpi negatiivisia tunteita koti- ja perheasioissaan. Yksi koki kotiolonsa hyväksi ja olonsa turvalliseksi.

Jos ulkopuolisen silmin katselee, semmoinen iloinen ja kaikki hyvin – perhe. Semmoinen nukkekotimeininki. Minun silmin se oli semmosta...
- - epävarmaa. (Haastateltava 1)

Oli tosi ristiriitaiset tunteet, koska kaikki uskotteli mulle, että siellä on turvallista olla ja et se on paras paikka mulle. Mut silti kaikki mikä siel tapahtu aiheutti mulle vaan enemmän ahdistusta ja pahaa oloa. Ja mä olin loppupeleissä niin lukossa etten pystynyt enää tekemään yhtään mitään. (Haastateltava 2)

Suru, ahdistus ja stressaantuneisuus. Siitä johtui, että ollaan riidellyt niin paljon ja vanhemmat on riidellyt. Ja sit ku on ollu huoli vanhemmistakin ja siitä onko ne onnettomia. Ei oo ollu sellasta tunnetta, että olis sellaset vanhemmat, jotka huolehtii. Siitä yksinäisyydestä ja semmosesta se suru tuli. (Haastateltava 3)

Musta tuntu, että mä en tuu ymmärretyksi. Mä jäin ihan täysin huomiotta ja musta tuntu niin ku mä olisin suurin piirtein näkymätön. Semmosta riittämättömyydentunnetta ja ettei tuu hyväksytyksi millään tasolla. (Haastateltava 5)

Traumaattisiksi asioiksi lapsuuden perheessä koettiin vanhempien parisuhdeongelmat ja avioero, vanhemman itsemurhayritys, vanhemman mielenterveysongelmat ja niiden oireet, vanhemman runsas alkoholinkäyttö sekä henkinen, fyysinen ja seksuaalinen väkivalta. Suurin osa haastatelluista koki lapsuuden perheellä olleen merkitystä heidän mielenterveysongelmiensa syntyyn. Yksi haastatelluista koki ettei lapsuuden perheellä ole lainkaan ollut merkitystä hänen mielenterveysongelmiinsa.

Isän itsemurhayritys ja äidin kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheet. Ja ne masennusvaiheet tietysti. Jonain kesänä äitillä meni erittäin lujaa. Asiaan liittyi alkoholi ja vähän juoksenteli siellä sun täällä. -- Sitten se yritti korvata sitä jälkeenpäin, et se osti mulle vaatteita. -- aina ku käytiin Seppälässä, niin tuli joku kahen sadan euron lasku mukaan. Sitten ne masennusvaiheet. -- äiti on sanonut mulle joskus jälkikäteen, että hän heräs, vei mut kouluun, meni takaisin nukkumaan. Sit ku hän heräs kunnolla, se ei muista, että onko vienyt

mut kouluun, kun se on ollut niin unenpöpperössä, kun se on ajanut. -- Isä on yrittänyt itsemurhaa silloin, kun mä oon ollut sen seitsemän-kahdeksan. (Haastateltava 1)

Mä oon miettiny sitä hyväksikäyttöä, että mä oon periaattees oon ollut avuton, ku oon tarvinnut vaikka suihkussa apua, niin siinä on sitte helppo. (Haastateltava 2)

Mä oon ollut aika herkkä aina ja oon selkeesti periny ehkä molemmilta vanhemmilta jotain tai oppinu tiettyjä käytösmaalleja äidiltä, et miten reagoidaan asioihin. - - semmonen impulsiivisuus ja aggressiivisuus, mitä on nuorempana ollu, niin se on sieltä kotoa opittua. Et heitellään tavaroita ja semmonen ihan hirvee aggressio. (Haastateltava 3)

Jos lapsesta, nuoresta tuntuu siltä, et ei tuu missään hyväksytyksi, et sua ei hyväksytä kotona sellasena, kun sä oot ja kun sulla ei oo sellaista paikkaa, jossa sä tuntisit olos turvalliseks - - niin kyllähän se vaikuttaa aika suurelta osin. Mä en oo ikinä pystynyt kertomaan vanhemmille mun ongelmista, enkä mistään asioista. Siinä ei oo ollut mitään tukipilaria, et mun on aina pitänyt seisoa täysin omilla jaloillani, yksin ongelmieni kanssa. Niin kyllähän sillä olis ollu valtava merkitys, jos siinä olis ollu edes yksi ihminen, edes äiti, joka olis ollu siinä tukena. (Haastateltava 5)

7.3 Kouluterveydenhoitajalta nuoruudessa saatu tuki

Suurimmalle osalle haastatelluista kouluterveydenhoitaja oli teettänyt mielialakyselyn ja keskustellut nuoren kanssa sen tuloksesta. Kouluterveydenhoitajalle mielenterveysasioissa hakeuduttiin oma-aloitteisesti, luokanvalvojan ohjaamana tai vanhemman toimesta. Myös kavereiden esiin tuoma huoli vaikutti kouluterveydenhoitajalle päätymiseen. Oma-aloitteisesti kouluterveydenhoitajalle hakeutui mielenterveysasioista vain kaksi haastatelluista. Suurimman osan haastateltavista kouluterveydenhoitaja ohjasi eteenpäin, kun hänen ammatillisen osaamisensa rajat tulivat vastaan.

Mä kirjoitin sille kirjeen - - justiin kaikesta syömisestä. Mä olin sille, että voi ku mä oon lihava ja niin edelleen. Sit kuolema-ajatuksia ja just näitä. (Haastateltava 1)

Kun mä rupesin viiltelemään, niin mun kaverit huomas sen. En mä siitä silloin kellekään puhunut. - - Ne oli menny sanomaan siitä meidän

luokanvalvojalle ja se oli sitte puhunu terveydenhoitajalle ja sit mut passitettiin sinne. (Haastateltava 2)

Se teetti mulle jonku mielialakyselynkin joskus. Mä menin sinne monesti suurin piirtein pillittämään, että kyllähän se olis aika sokea saanut olla, jos se ei olis huomannu niitä mun ongelmia. Se aina välillä tuli itekki hakemaan mua sinne juttelemaan, jos mua ei ollu siellä hetkeen näkyny. - - Sit ku mun mielentila oikeen kunnolla romahti, ja se laitto saman tien lähetteen akuuttipsykiatriselle. (Haastateltava 5)

Suurimmassa osassa tapauksista kouluterveydenhoitaja laittoi haastatellun käynnillä ilmenneistä ongelmista viestiä kotiin. Osassa tapauksista haastateltu ei olisi näin halunnut meneteltävän ja se vaikutti negatiivisesti hoitosuhteeseen. Haastatellun luottamus kouluterveydenhoitajaa kohtaan kärsi.

Mä sanoin, että mä voin sulle avautua, mutta sä pidät sitte pääs kiinni, että nää ei mee kotiin. Mä avauduin sille ja kaikki meni kotiin. Sen jälkeen en oo puhunut sille tyypille näistä asioista. - - kun siinä tosiaan oli sitä viiltelyä, niin se oli siitä tosi huolissaan ja mulle se sano, että ei hän kerro kellekään ja et se on luottamuksellista. Mä tietysti luotin siihen sit, ku sanotaan et pysyy meidän välisenä. (Haastateltava 2)

Ei siitä menny, koska mä en halunnu et siitä menis hirveesti mitään viestiä kotiin. - - niin ei se laittanut viestiä kotiin vasta sitten, kun se oli koulupsykologille laittamassa. (Haastateltava 5)

Suurin osa haastatelluista koki kouluterveydenhoitajan ottaneen heidän ongelmansa ja oireilunsa vakavasti. Yksi haastatelluista koki saaneensa osakseen vähättelyä ja oireiden laittamista murrosiän syyksi. Haastatelluista suurin osa oli tyytyväisiä kouluterveydenhoitajalta saamaansa apuun. Haastatelluista yksi ilmoitti, ettei ollut tyytyväinen saamaansa apuun.

Kyllä hän toimi erittäin mallikkaasti, jos niin voi sanoa. Se yritti auttaa hänen parhaansa mukaan, ja sitten ku tuntu, että hänen parhaansa ei enää riitä, niin sitten hän ohjaa muualle. (Haastateltava 1)

En ollut tyytyväinen. Toisaalta miettii, jos ei ois ikinä menny kertomaan niistä asioista sille terkkarille, niin olisinko mä edelleen siellä perheessä. (Haastateltava 2)

No se otti kyllä ihan vakavissaan kaiken mitä mä sille sanoin. Kyllä se suhtautu niihin hyvin ja pyrki mua auttamaan. Se suhtautu niihin ammattimaisesti ja tarjos keskusteluapua. (Haastateltava 5)

7.4 Kouluterveydenhoitajan lähestymiskeinot ja avun tarjoaminen

Haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että kouluterveydenhoitaja olisi voinut tehdä jotain enemmän heidän ongelmansa eteen. Haastatellut olisivat kaivanneet enemmän kuuntelemista, keskusteluapua ja varhaisempaa psykologille lähettämistä sekä käynnillä ilmenneiden asioiden jäämistä vain kouluterveydenhoitajan tietoon. Kaikki haastatellut olivat sitä mieltä, että terveystarkastuksissa ja vastaanottokäynneillä ei keskitytä riittävästi mielenterveysongelmiin ja niiden seulontaan.

Joskus käy niinkin, et fyysiset vaivat käännetään, että sulla viiraa päässä. Mut sit, kun menee, että mä en jaksa, että nyt masentaa, niin sit suurin piirtein, et ota Burana. (Haastateltava 2)

Voi jäädä vähän syrjään, jos ei pääse juttelemaan tarpeeks usein terkkarille. (Haastateltava 4)

Siellä keskitytään enemmän siihen fyysiseen puoleen ihan niin ku about satasella. Et kyllä niis pitäis huomioda se psyykkinenkin kunto, mut sitä ei tarkasteta tavallaan ollenkaan. - - se olis tosi ratkaiseva, suuri tekijä, jos siellä huomioitais samalla tavalla sitä psyykkistä kuntoa kuin fyysistäkin. (Haastateltava 5)

Haastateltavat ehdottivat eri keinoja kouluterveydenhoitajalle oppilaiden mielenterveyden kartoittamisen avuksi. Testejä ja lomakkeita pidettiin hyvinä kartoituskeinoina, samoin kuin vastaanotolle keskustelemaan kutsumista ja kouluterveydenhoitajan oppilaille pitämää ryhmämuotoista tilaisuutta mielenterveysasioista. Hyviksi lähestymiskeinoiksi haastateltavat ilmoittivat suoran ja epäsuoran mielenterveysasioiden puheeksi ottamisen. Täsmennettiin myös, että puheeksi otto ei saisi olla suorudesta huolimatta painostavaa. Nuorta tai hänen ongelmiaan ei tulisi myöskään vähätellä, vaan ne pitäisi ottaa vakavasti. Kouluterveydenhoitajan persoonan merkitystä hoitosuhteen muodostumiseen ja

sen laatuun nostettiin myös esiin. Oli tärkeää, että kouluterveydenhoitaja antoi itsestään helposti lähestyttävän, mukavan ja luotettavan kuvan.

No ne testit ja lomakkeet on ihan ok. Semmosen nimettömän lomakkeenki vois täyttää. Vaikka ihan luokassa tehdä. Sitten ne palauttais ja terkkari kattois, että noni, täällä on vähä tämmöstä meneillään. - - Silleen suoraan kysyminen ei ehkä kannattais. Mä oon ite semmonen, et mä kannatan vaivihkaa vihjailua. Mä tykkään enemmän siitä, et henkilö tajuaa itse ensin. (Haastateltava 1)

Mun mielestä mahdollisimman suoraan, ei kuitenkaan silleen, että hei ootko sä ny masentunut, vaan silleen niin ku reilusti kysyä, että onko nyt kaikki hyvin. Vaikka nyt sattuis nuori sanomaan on tässä kaikki hyvin, vaikka päällepäin näkyy ettei ookaan, niin ei silti lähtis painostamaan. Koska itteä se vaan ahdistaa enemmän, jos tuntuu, että koko ajan joku kylää selän takana. (Haastateltava 2)

Jos terkkari kysyy yleisesti mielenterveydestä, niin kuinka moni sitten puhuu siinä totta, mutta vois antaa jotakin viestiä, jos on jotain ongelmaa kotona, niin voi ottaa yhteyttä. (Haastateltava 3)

No terkkarin pitäis kutsua juttelemaan sinne tai vaikka pitää joku tunnin tai puolen tunnin juttu mikä vois vähän lieventää sitä kynnystä hakeutua terkkarin vastaanotolle. (Haastateltava 4)

Mun mielestä pitäis ihan automaattisesti teettää joku mielialakysely jokaiselle, kun menee terkkarin tarkastukseen. Siitä saisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa oikeesti se lapsi tai nuori apua niihin ongelmiin. - - Ihan vaan suoraan kysymällä, että miten sulla menee ja mitä sä tykkäät tehdä vapaa-aikana - - ja onko sulla kavereita ja miten sulla kotona menee. Ja jos sieltä tulee sitten joku sellanen juttu, niin kysyy siitä lisää. - - mä koin sen terkkarin niin helposti lähestyttäväksi, sellaiseksi mukavaksi ja luotettavaksi henkilöksi, et mä sitte aloin puhumaan sille niitä asioitani. Se oli varmaan ratkaisevin asia siinä. (Haastateltava 5)

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön johtopäätökset

Suurin osa haastatelluista koki lapsuuden perheellä olleen merkitystä heidän mielenterveysongelmiinsa. Haastatellut nostivat esiin huonot välit vanhempiin ja kotona tapahtuneet traumaattiset kokemukset, kuten henkisen, fyysisen ja seksuaalisen väkivallan. Näiden asioiden vuoksi lapsuuden kodin tunnelma koettiin usein negatiiviseksi. Tunnelmaa kuvattiin muun muassa ahdistavaksi, turvattomaksi ja kireäksi. Koti- ja perheasioiden herättämiä tunteita kuvattiin muun muassa peloksi, suruksi sekä riittämättömyyden ja hyväksymättömyyden tunteiksi. Mäenpään ym. (2008) tekemän tutkimuksen mukaan lapsen hyvinvointi- ja terveysongelmat ovat usein lähtöisin perheestä ja sen kriiseistä. Kinnusen ym. (2010) tekemä tutkimus osoitti nuorten vanhempisuhteiden olevan merkittävä asia nuoren mielenterveyden muodostumisessa. Myös Solantaus ja Paavonen (2009) mainitsevat artikkelissaan lasten ja nuorten kehityksen ja hyvinvoinnin olevan riippuvaisia suhteista vanhempiin, vanhemmuuden toteutumisesta sekä perheen toiminnasta ja ilmapiiristä.

Haastatelluista suurimmalle osalle kouluterveydenhoitaja oli teettänyt mielialakyselyn ja keskustellut nuoren kanssa sen tuloksesta. Lähes kaikki haastatellut kouluterveydenhoitaja oli ohjannut eteenpäin ammatillisen osaamisensa rajojen tultua vastaan. Haastatelluista suurin osa koki kouluterveydenhoitajan ottaneen heidän ongelmansa vakavasti ja oli tyytyväinen saamaansa apuun. Suurimmassa osassa tapauksia kouluterveydenhoitaja laittoi käynnillä ilmenneistä ongelmista, esimerkiksi viiltelystä, viestiä kotiin, mitä kaikki eivät olisi halunneet. Tämän vuoksi haastatellun luottamus kouluterveydenhoitajaa kohtaan kärsi. Oppilas- ja opiskelijahuolto laki (L 1287/2013, 3 luku, 18 §) velvoittaa kouluterveydenhoitajia olemaan antamatta alaikäistä koskevia tietoja hänen huoltajalleen, jos alaikäinen sitä ei halua. Asiassa tulee kuitenkin ottaa huomioon alaikäisen ikä, kehitystaso ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet sekä asian laatu. Pitää myös huomioida onko huoltajille kertomatta jättäminen selvästi nuoren etujen vastaista.

Haastatellut kertoivat kaivanneensa kouluterveydenhoitajalta enemmän kuuntelemista, keskusteluapua ja varhaisempaa psykologille lähettämistä. Kaikki haastatelluista olivat sitä mieltä, että mielenterveysongelmiin ja niiden seulontaan ei keskitytä tarpeeksi terveystarkastuksissa ja vastaanottokäynneillä. Mäenpään ym. (2008) tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat kokivat auttamismahdollisuutensa rajatuiksi ja mielenterveyden tukemiseen jäävän liian vähän aikaa, koska heillä on liikaa oppilaita ja liian vähän koulupäiviä. Membriden ym. (2015) tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajia huoletti koulutuksensa vajavaisuus mielenterveysongelmien parissa työskentelyyn liittyen. Myös Kuorilehdon ja Paasivaaran (2008) tekemässä tutkimuksessa terveydenhoitajat kokivat tarvetta psyykkisesti raskaiden asioiden käsittelemistä koskevalle työnohjaukselle. He toivoivat myös riittäviä henkilöresursseja.

Haastatellut ehdottivat kouluterveydenhoitajalle mielenterveyden kartoituskeinoiksi testejä ja lomakkeita, vastaanotolle keskustelemaan kutsumista sekä kouluterveydenhoitajan pitämää ryhmämuotoista tilaisuutta mielenterveysasioista. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että mielenterveysasiat tulisi ottaa puheeksi suoraan ja osa ajatteli, että niistä tulisi kysyä vihjaillen. Tärkeäksi koettiin myös, että kouluterveydenhoitaja antaa itsestään helposti lähestyttävän, mukavan ja luotettavan kuvan eikä vähättele nuorta tai hänen ongelmiaan.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa -ohjeen (Helin ym. 2012) mukaan tieteellinen tutkimus on luotettavaa, eettisesti hyväksyttävää ja sen tulokset uskottavia vain, mikäli tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön olennaisimpia asioita ovat tutkimustyön, tulosten tallentamisen, esittämisen ja tulosten arvioimisen tarkkuus, huolellisuus sekä rehellisyys. Tutkimukseen sovelletaan eettisesti kestäviä tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan ja heidän julkaisuihinsa viitataan asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja tallennus tapahtuvat tieteellisen tiedon vaatimusten

edellyttämällä tavalla. Tutkimusluvut ja tietyillä aloilla eettinen ennakoarviointi on hankittu. Ennen tutkimuksen aloittamista on sovittu kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut, velvollisuudet sekä tekijyyttä, aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien hyväksymällä tavalla. Asianosaisille ja tutkimukseen osallistuneille ilmoitetaan rahoituslähteet ja muut merkitykselliset sidonnaisuudet. Nämä asiat raportoidaan myös julkaistaessa tulokset.

Opinnäytetyön luotettavuuden käsitteistä reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tutkitaan sitä mitä on luvattu. Siirrettävyys merkitsee mahdollisuutta siirtää tulokset tutkimuskontekstin ulkopuolelle. Uskottavuudella kuvataan tutkijan tulkinnan ja käsitteellistämisen vastaavuutta tutkittavien käsityksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136, 138.)

Haastatteluaineisto on silloin luotettavaa, kun se on laadukasta. Laadukkuutta voi etukäteen tavoitella tehden hyvän haastattelurungon. Haastatteluvaiheessa on tärkeää käydä haastatteluja läpi ja kuunnella alkuvaiheen nauhoja niiden mahdollisen muuttumisen vuoksi. Haastatteluvaiheen aikana voi parantaa laatua huolehtimalla teknisen välineistön kunnosta. Myös haastattelupäiväkirjan pito parantaa laatua. Päiväkirjaan voidaan merkitä ylös esimerkiksi kysymysmuotoja, jotka ovat olleet erityisen hyviä tai tuottaneet vaikeuksia haastateltaville. Haastattelun laatu parantuu, kun haastattelu litteroidaan mahdollisimman nopeasti etenkin silloin, kun haastattelun ja litteroinnin tekee sama henkilö. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184–185.)

Aineiston ja tulosten suhteen oikeellinen kuvaaminen edellyttää analyysin etenemisen mahdollisimman tarkkaa kuvaamista. Uskottavuuden kannalta oleellista on tulosten esittäminen selkeästi niin, että lukija ymmärtää analyysin tekotavan, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tämä on tärkeää myös siirrettävyyden varmistamisen kannalta. Osallistujien valinnan, heidän taustojensa selvityksen, aineiston keruun ja analyysin tarkat kuvaukset ovat tarpeen myös silloin, kun toinen tutkija seuraa prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Opinnäytetyötä tehdessä toimittiin tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti. Muiden kirjoittamia aineistoja ei plagioitu ja lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti. Työssä

käytettiin tuoreita lähteitä. Haastateltaviksi valittiin opinnäytetyön kannalta parhaimmat mahdolliset henkilöt, joilla on kokemusta ja tietoa aiheesta ja jotka vastasivat laadittuja kriteereitä. Haastatteluja varten tehtiin kunnollinen haastattelurunko, johon tehtiin ensimmäisen haastattelun jälkeen parannuksia. Haastatteluja varten haettiin asianmukainen tutkimuslupa. Tiedonantajina ei käytetty henkilöitä, jotka ovat henkilökohtaisesti tuttuja tekijöille. Ennen haastattelujen toteutusta tiedonantajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Tiedonantajille kerrottiin, mihin käyttöön ja kenen nähtäväksi heidän antamansa tiedot menevät. Haastattelut litteroitiin lyhyen ajan kuluessa haastattelujen suorittamisesta. Aineisto analysoitiin tarkasti (Liitteet 4 ja 5) ja sen pohjalta on mahdollista saada vastaavat tulokset ja johtopäätökset. Tiedonantajien nimiä tai muita tunnistettavia tietoja ei laitettu opinnäytetyöhön. Haastattelunauhat tuhottiin opinnäytetyöprojektin päätyttyä. Tietoja käsiteltiin vaitiolovelvollisuutta noudattaen opinnäytetyöprosessin aikana ja sen jälkeen.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tekijöitä jäi kiinnostamaan kouluterveydenhoitajan näkökulma mielenterveysongelmista kärsivän nuoren kohtaamisessa ja tukemisessa. Onko kouluterveydenhoitajan mielestä nuoren psyykkisen terveyden kartoitukseen riittävästi aikaa terveystarkastuksissa ja vastaanotolla, sekä onko siihen olemassa riittävästi apuvälineitä? Tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan eri kuntien kouluterveydenhoitajia haastatellen.

Myös tutkimus vanhempien käsityksistä perheen merkitykseen lastensa mielenterveysongelmissa avaisi tutkittavalle teemalle aivan uuden ulottuvuuden. Olisi mielenkiintoista tietää, kokevatko vanhemmat omalla toiminnallaan ja lapsuuden perheellä yleensä olleen merkitystä lapsensa psyykkiseen hyvinvointiin.

8.4 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyöprosessi kesti reilun vuoden ajan. Aihesuunnitelman valmistuttua opinnäytetyön aihe ja sen rajaus pysyivät samoina prosessin loppuun asti.

Aikataulujen sovittaminen yhteen onnistui hyvin ja parityöskentelytaidot vahvistuivat entisestään. Töitä tehtiin tasapuolisesti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi ja yhteistyö sekä vastuun jakaminen toimivat hyvin.

Opinnäytetyön tavoite oli antaa kouluterveydenhoitajille tietoa siitä, millaiset asiat voivat nuoren kotona vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja kuinka kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä ja tarjota apuaan nuorelle. Tavoite saavutettiin ja tietoa saatiin nuorten mielenterveyteen merkityksellisistä koti- ja perheasioista sekä kouluterveydenhoitajalta saadusta avusta. Opinnäytetyön johtopäätösten pohjalta tehtiin kouluterveydenhoitajan muistilista (Liite 6) nuoren kohtaamisen tueksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka nuoret aikuiset, jotka kärsivät mielenterveysongelmista 12–18-vuotiaina, kokevat lapsuuden perheensä merkinneen heidän mielenterveysongelmiinsa, sekä millaiseksi he kokevat kouluterveydenhoitajalta saamansa avun. Opinnäytetyötä tehtiin tarkoituksen antamissa raameissa ja kaikkiin kolmeen tutkimustehtävään saatiin vastaukset.

Vaikka opinnäytetyöprosessi oli laaja, aikataulussa pysyttiin alusta loppuun. Suurempia ongelmia prosessin edetessä ei ilmennyt. Tiedonantajien löytäminen oli aluksi haastavaa. Yhteyttä otettiin moniin eri tahoihin, joiden kautta tiedonantajia toivottiin löytyvän. Lukuisista yhteydenotoista huolimatta vain harva taho otti yhteyttä takaisin eikä haastateltavia löytynyt. Lopuksi sähköpostia laitettiin kaikille Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) ja Koulutuskeskus Sedun opiskelijoille. Niiden kautta halukkaita opinnäytetyöhön osallistujia ilmoittautui yhteensä 25 nuorta aikuista. Heistä suurin osa kuitenkin karsiutui pois, sillä vasta tässä vaiheessa prosessia ilmeni, ettei saman ammattikorkeakoulun opiskelijoita saa käyttää tiedonantajina opinnäytetyössä. Yksi SeAMKin opiskelija oli jo ehditty haastatella, ja hänen osuutensa jouduttiin jättämään tutkimuksesta pois. Lopuksi opinnäytetyöhön haastateltiin kahta Koulutuskeskus Sedun opiskelijaa ja kolmea mielenterveyskuntoutujien asumisyksikön asukasta.

Opinnäytetyön teko on syventänyt osaamista ja tietoa mielenterveysongelmista. Terveysdenhoitajan opintokokonaisuudessa käsitellään mielenterveysongelmia ja niiden tunnistamista valitettavan vähän. Opinnäytetyön tutkimustulokset eivät yllättäneet, mutta ne toivat uusia näkökulmia terveydenhoitajan työhön. Tulokset

osoittivat, että kouluterveydenhoitajan tulisi paneutua enemmän mielenterveysasioihin vastaanottokäynneillä ja terveystarkastuksissa. Omat kokemukset mielenterveysasioihin paneutumisesta kouluterveydenhuollossa tukevat tutkimustuloksia. Somaattista terveyttä tutkitaan terveystarkastuksissa psyykkistä terveyttä laajemmin.

Psyykkinen terveys on monitahoinen asia, joka on kytköksissä useisiin elämän osa-alueisiin. Mielenterveyttä kartoitetaan usein välillisesti kysymällä esimerkiksi unesta, perhe- ja kaverisuhteista sekä päihteidenkäytöstä. Terveystarkastuksiin varatut ajat ovat niin lyhyitä, ettei varsinaiselle mielenterveyden kartoitukselle jää riittävästi aikaa.

Opinnäytetyön tulosten valossa perheen hyvinvoinnilla on olennainen merkitys sen mahdollisuuksiin rakentaa nuoren mielenterveyttä. Perheen voidessa huonosti heijastuu se myös nuoreen ja hänen mielenterveyteensä. Siksi psyykkisten ongelmien aiheuttamiin terveyseroihin ja niiden aiheuttamaan eriarvoisuuteen pitäisi puuttua jo kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhoitajalla on tärkeä rooli nuorten mielenterveyden havainnoijana ja voimavarojen rakentajana sekä perheiden eriarvoisuuden lieventäjänä. Kouluterveydenhoitajan onkin tärkeää ymmärtää, että kartoittamalla nuoren ongelmia ja puuttumalla niihin, on hänellä mahdollisuus paitsi auttaa nuorta, myös lieventää mahdollisesti nuoreen ja hänen perheeseensä kohdistuvaa eriarvoisuutta.

LÄHTEET

A 21.12.1990/1247. Mielenterveysasetus.

Apps, J., Winkler, J. & Jandrisevits, M. D. 2008. Bipolar Disorders: Symptoms And Treatment in Children and Adolescents. [Verkkoartikkeli]. Pediatric Nursing. [Viitattu 4.12.2015]. Saatavana: <http://libts.seamk.fi:2483/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=961ecea8-c10c-4b59-ad0c-3e68e5e20e62%40sessionmgr4005&hid=4214>

Brusila, P., Hyvärinen, S., Kallio, M., Porras, K. & Sandberg, T. 2009. Eikö se kuulu kenellekään? Rohkene kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, J.-M. & Breton, J.-J. 2013. Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. [Verkkoartikkeli]. European Child & Adolescent Psychiatry. [Viitattu 4.12.2015]. Saatavissa: <http://libts.seamk.fi:2483/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=961ecea8-c10c-4b59-ad0c-3e68e5e20e62%40sessionmgr4005&hid=4214>

Helin, M., Jäppinen, S., Launis, V., Spoof, S. & Varantola, K. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 1.9.2015]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Hyvään aikuisuuteen. [Verkkosivu]. A-klinikkasäätiö. [Viitattu 14.1.2016]. Saatavissa: <http://www.lasinenlapsuus.fi/tueksesi/hyvaan-aikuisuuteen>

Huttunen, M. 13.9.2014.A Dissosiaatiohäiriö. [Verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 10.12.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_sovellus=TKp_artikkeli=dlk00360

Huttunen, M. 15.9.2014.B Pakko-oireinen häiriö. [Verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 9.12.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_sovellus=TK&p_artikkeli=dlk00403

Huttunen, M. 15.9.2014.C Paniikkihäiriö. [Verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu: 9.12.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_sovellus=TK&p_artikkeli=dlk00404

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Kaltiala-Heino, R., Ranta, K. & Fröjd, S. 2010. Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. Duodecim vol. 126 (17), 2036–2037.

Karukivi, M. & Haapasalo-Pesu, K.-M. 2012. Nuorten yleisen ahdistuneisuushäiriön hoito. [Verkkoartikkeli]. Lääkärilehti. [Viitattu 8.12.2015]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037336>

Kestilä, L., Koskinen, S., Kestilä, L., Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T. & Aro, H. 2007. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö. [Verkkoartikkeli]. Lääkärilehti. [Viitattu 6.1.2016]. Saatavissa: <http://libts.seamk.fi:2148/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029042>

Kinnunen, P., Laukkanen, E., & Kylmä, J. 2010. Nuoruusiän vanhempisuhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti vol. 47 (4), 234–243.

Koste, A. (Toim.) 2014. Nuorista Suomessa: Tietoa nuorista, heidän asemastaan, elinoloistaan ja nuorisotyöstä 2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen nuorisoyhteistyö – Allianssi ry. [Viitattu 26.1.2016]. Saatavissa: <http://www.alli.fi/binary/file/-/id/665/fid/3410/>

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 13.8.2015]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114215/Opp200408.pdf?sequence=1>

Kuorilehto, R. & Paasivaara, L. 2008. Voimavarainen terveydenhoitaja lapsiperheiden tukena. Tutkiva hoitotyö vol. 6 (3), 13-15.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito. 29.09.2014. Depressio. [Verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 8.12.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>

L 31.5.1991/1129. Yleissopimus lapsen oikeuksista.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 20.12.1996/1128. Lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta.

L 27.1.2006/72. Nuorisolaki.

L 13.4.2007/417. Lastensuojelulaki.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki.

L 20.5.2011/540. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö.

L 1287/2013. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki.

Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (Toim.) 2011. Sosiaaliepideologia – Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Lapsuuden kokemukset aikuisuudessa. [Verkkosivu]. A-klinikkasäätiö. [Viitattu 15.1.2016]. Saatavissa: <http://www.lasinenlapsuus.fi/tueksesi/lapsuuden-kokemukset-aikuisuudessa>

Lepistö, S. & Paavilainen, E. 2010. Nuorten selviytyminen perheväkivaltakokemuksista ”Että mä jaksaisin vielä tän, niin sitt mä saisin nauttii elämästä.”. Hoitotiede vol. 22 (1), 18.

Luhtasaari, S. 26.6.2010. Itsetuhoisuuden riskit. [Verkkoartikkeli]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 1.1.2016]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00036

Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. [Verkkojulkaisu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 12.8.2015]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1

Membride, H., McFadyen, J. & Atkinson J. 2015. The challenge of meeting children’s mental health needs. British Journal of School Nursing vol. 10 (1), 21, 24.

Mäenpää, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki P. 2008. Kouluterveydenhuolto ja alakoulun oppilas: Terveystieteiden näkemyksiä yhteistyöstä. Tutkiva hoitotyö vol. 6. (1), 27–28.

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (Toim.) 2014. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. 2. uudistettu painos. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Nierengarten, M. B. 2015. Bipolar disorder in children: Assessment and diagnosis. [Verkkoartikkeli]. Contemporary Pediatrics. [Viitattu 4.12.2015]. Saatavissa:

<http://libts.seamk.fi:2483/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=961ecea8-c10c-4b59-ad0c-3e68e5e20e62%40sessionmgr4005&hid=4214>

Paavilainen, E. & Flinck, A. 5.3.2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen – Hoitotyön suositus. [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [Viitattu 8.12.2015]. Saatavissa:

http://www.hotus.fi/system/files/Lasten_kaltoinkohtelun_tunnistaminen_SUM.PDF

Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 22.9.2015]. Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113075/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226300.pdf?sequence=1>

Pavlickova, H., Turnbull, O. & Bentall, R. B. 2014. Cognitive vulnerability to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder. [Verkkoartikkeli]. British Journal of Clinical Psychology. [Viitattu 15.1.2015]. Saatavissa:

<http://libts.seamk.fi:2483/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=961ecea8-c10c-4b59-ad0c-3e68e5e20e62%40sessionmgr4005&hid=4214>

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 2011. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. [Verkkoartikkeli]. Lääkärilehti. [Viitattu 8.12.2015]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035215>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salmi, TM., Kaunonen, M., Rissanen, M-L. & Aho, AL. 2014. Nuorten itsetuhoisuus ja avun saanti itsetuhoisuuteen. Hoitotiede vol. 26 (1), 15-18.

Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli – Lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Tallinna: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys.

Solantaus, T. 28.1.2010. NUORTEN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN: Erillisyydestä integraatioon, toiveista todellisuuteen. [Verkkoartikkeli].

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 12.2.2015]. Saatavissa:

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f698852174/tyttisolantaus-artikkeli.pdf>

Solantaus, T. & Paavonen, E. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. [Verkkoartikkeli]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 12.2.2015]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98270

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma: KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suokas-Cunliffe, A. & Van Der Hart, O. 2006. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. [Verkkajulkaisu]. Terveysportti. [Viitattu 10.12.2015]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95941.pdf>
- Söderholm, A. & Kiviti-Kallio, S. (Toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. 2. painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 13.10.2014. Lasten ja nuorten mielenterveys. [Verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 12.8.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 15.6.2015. Mielenterveyshäiriöt. [Verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu: 12.8.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (Toim.) 2014. Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Suostumuslomake

Liite 3. Haastattelulomake

Liite 4. Opinnäytetyön analyysiprosessi

Liite 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Liite 6. Kouluterveydenhoitajan muistilista

LIITE 1. SAATEKIRJE

Hei!

Olemme Seinäjoen ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä nuorten aikuisten kokemuksista lapsuuden perheen merkitykseen heidän mielenterveysongelmiinsa. Etsimme tutkimukseen 18–25-vuotiaita aikuisia, joilla on taustalla jokin mielenterveysongelma, joka on alkanut 12–18 vuoden iässä.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, kuinka nuoret aikuiset, jotka kärsivät mielenterveysongelmista nuoruudessaan, kokevat lapsuuden perheensä merkinneen mielenterveysongelmiinsa, sekä millaiseksi he kokevat kouluterveydenhoitajalta saamansa avun. Opinnäytetyön tavoite on antaa kouluterveydenhoitajille hyödyllistä tietoa siitä, millaiset asiat voivat nuoren kotona vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja kuinka kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä ja tarjota apuaan nuorelle. Opinnäytetyö valmistuu helmikuussa 2016, jonka jälkeen se on luettavissa Theseus- tietokannassa.

Tutkimus suoritetaan haastattelemalla sinua valitsemassasi ympäristössä. Kaiken oleellisen tiedon pysymiseksi tallessa ja muuttumattomana haastattelut nauhoitetaan. Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä opinnäytetyöstä ilmene henkilöllisyyttäsi. Haastattelunauhat tuhotaan opinnäytetyöprojektin päätyttyä. Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan toteutukseen, ilmoita halukkuutesi meille sähköpostitse 15.11.2015 mennessä. ☺

Jos sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoa, otathan yhteyttä!

Yhteistyöterveisin,

Iina Hytönen

iina.hytonen@seamk.fi

Maiju Kormano

maiju.kormano@seamk.fi

LIITE 2. SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö tehdään vaitiolovelvollisuuden alaisena. Haastattelut nauhoitetaan varmistukseksi, että kaikki saatu tieto saadaan ylös ja oikein sellaisenaan. Haastattelunauhat tuhotaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastateltavien nimiä ja asuinpaikkoja ei tule ilmi työstä.

Suostun siihen, että haastatteluni nauhoitetaan

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3. HAASTATTELULOMAKE

Millaiset asiat perheessä voivat merkitä nuoren mielenterveysongelmiin?

1. Millaisista mielenterveysongelmista kärsit tai olet kärsinyt? Kuinka pitkään?
2. Koska mielenterveysongelmasi havaittiin ja miten?
3. Keitä lapsuuden perheeseen kuului?
4. Millaiset välit sinulla oli vanhempiisi? Entä sisaruksiisi?
5. Millainen tunnelma kotonasi oli? Miksi?
6. Millaisia tunteita kävit läpi koti- ja perheasioissasi? Mistä ne johtuivat?
7. Tapahtuiko lapsuudessasi perheen sisällä jotakin traumaattista tai perheen toiminnassa ollut jotain poikkeavaa? Mitä?
8. Miten koet lapsuuden perheesi merkinneen mielenterveysongelmiesi syntyyn?

Minkälaista tukea nuoret aikuiset ovat saaneet nuoruudessaan kouluterveydenhoitajalta?

9. Kuinka kouluterveydenhoitaja tunnisti mielenterveysongelmasi?
10. Miten tyytyväinen olit kouluterveydenhoitajalta saamaasi apuun?
11. Kuinka kouluterveydenhoitaja suhtautui ongelmiisi?

Millä tavalla kouluterveydenhoitajan tulisi lähestyä nuoren ongelmia ja tarjota niihin apua?

12. Kuinka kouluterveydenhoitajan olisi pitänyt tilanteeseesi puuttua ja sinua auttaa?
13. Millä keinoin kouluterveydenhoitajan tulisi kartoittaa oppilaiden mielenterveysongelmia?

LIITE 4. OPINNÄYTETYÖN ANALYYSIPROSESSI



LIITE 5. ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ JA RYHMITTELYSTÄ

Ote alkuperäishaastattelusta	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely luokaksi
Kyllä hän toimi erittäin mallikkaasti, jos niin voi sanoa. Se yritti auttaa hänen parhaansa mukaan, ja sitten ku tuntu, että hänen parhaansa ei enää riitä, niin sitten hän ohjaa muualle. (Haastateltava 1)	Terveystenhoitajan hyvä ammatillinen osaaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen	Tyytyväisyys terveydenhoitajalta saatuun tukeen
Kyllähän se oli (hyvä), että sai oikeen sen aikaisen lääkityksen, että pääsi siitä pahimmasta masennuksesta ja ahdistuksesta. (Haastateltava 4)		
No se otti kyllä ihan vakavissaan kaiken mitä mä sille sanoin. Kyllä se suhtautu niihin hyvin ja pyrki mua auttamaan. (Haastattelu 5)	Terveystenhoitajan ammattimainen ja vakava suhtautuminen	

LIITE 6. KOULUTERVEYDENHOITAJAN MUISTILISTA

Kouluterveysdenhoitajan muistilista

- Kohtaa nuori yksilöllisesti ja ota hänen asiansa vakavasti
- Käytä persoonaasi työvälineenä ja luo itsestäsi helposti lähestyttävä vaikutelma
 - Kiinnitä huomiota nuorten mielenterveysasioihin vastaanottokäynneillä ja terveystarkastuksissa
- Kysy nuorelta hänen kotioiloistaan ja väleistä perheenjäseniin.
Tarkenna kysymyksiä!
 - Kuuntele nuorta ja keskustele hänen kanssaan
 - Ole rehellinen ja nuoren luottamuksen arvoinen